BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES, ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE,
CORRESPONDANT DES ACADÉMIES ROYALES DE MÉDECINE DE BELGIQUE ET DE TURIN,
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER,
DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE LYON, BORDEAUX, STRASBOURG, ETC.
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SOIXANTE-QUATRIÈME

PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1863

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du mouvement de la thérapeutique, à propos des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique.*

S'il était possible, comme quelques utopistes l'ont rêvé, que la thérapeutique se développât d'après un plan fixe, à l'avance systématiquement déterminé, rien ne serait plus simple que d'établir le bilan des progrès accomplis, pendant une certaine période, par la science et l'art utile qui l'applique. Malheureusement, il n'en saurait être ainsi : la médecine, qui a, avant tout, un but suprême à atteindre, celui de soulager ou de guérir le plus vite et le plus sûrement, ne peut, comme science, se plier que dans une certaine mesure aux exigences de la logique de l'esprit. Bien que force lui soit ainsi de se régler, dans son développement progressif, sur les nécessités morales qui naissent de la nature même de l'objet de son étude, quand on étudie ce développement irrégulier pendant une période de temps déterminée, on ne laisse pas cependant de reconnaître que souvent, dans le laps de temps que cette période mesure, les esprits semblent s'appliquer surtout à mettre en plus vive lumière quelques points de l'art qui fixent davantage l'attention. L'année qui vient de s'écouler, sans se marquer par quelqu'une de ces découvertes qui ouvrent à l'esprit des horizons nouveaux, a-t-elle au moins vu se poursuivre quelques recherches qui aient abouti à quelque résultat utile? Nous pouvons répondre affirmativement à cette question, et, nous sommes heureux de le constater, le journal que nous avons l'honneur de diriger a été le principal organe de ce progrès.

Les maladies du système nerveux ont, dans tous les temps, par la profonde originalité de leur physionomie, captivé l'attention des observateurs : les recherches microscopiques, appliquées depuis un

certain temps à l'étude histologique de ce système, entre tous important, en permettant au regard de pénétrer plus avant dans la structure nerveuse, ont en quelque sorte poussé plus énergiquement encore les esprits des chercheurs dans cette direction. Parmi les maladies de cet ordre qui se sont ainsi vues, sur ces données, devenir l'objet d'une étude plus attentive, il faut placer en première ligne l'ataxie locomotrice progressive. Saisie évidemment dans ses principales manifestations par MM. Romberg et Wunderlich avant que M. Duchenne (de Boulogne) en eût tracé une histoire magistrale complète, l'ataxie locomotrice était généralement considérée comme une affection sur laquelle l'art n'avait aucune prise. Les recherches microscopiques, auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure, semblaient tout d'abord n'être pas peu propres à confirmer la fatalité de ce terrible pronostic. Toutefois quelques bons esprits, qui ne concluent pas la possibilité de la thérapeutique des altérations que présente le cadavre, et qui ne mesurent pas d'une manière absolue l'utilité de celle-là sur la nature de ces altérations, ne désespérèrent pas complétement de l'art en cette circonstance, et bien leur en prit, car des résultats heureux, imprévus, ne tardèrent point à venir encourager leurs généreux efforts. C'est parce qu'ils se sont appliqués à mettre en relief l'incontestable utilité du nitrate d'argent dans une maladie jusque-là regardée comme presque absolument incurable, et devant entraîner la mort en un très-bref délai, que nous n'hésitons pas à rappeler tout d'abord au souvenir des lecteurs du *Bulletin* le remarquable travail publié dans ce journal par MM. Charcot et Vulpian sur le traitement de l'ataxie locomotrice. Les observations relativement nombreuses qu'ont publiées ces médecins distingués dans le travail dont il s'agit, ne permettent assurément aucun doute légitime touchant l'efficacité du sel hydrargyrique sur les conditions morbides qui déterminent cette singulière déviation des mouvements commandés par le système nerveux. Ne tirât-on de ces faits authentiques que cette conclusion pratique, que désormais l'on a au moins une médication à opposer à une maladie jusqu'ici considérée comme absolument incurable, que cette conclusion seule devrait être inscrite en lettres d'or dans le livre de la science. Mais un plus haut enseignement, nous semble-t-il, ressort de la constatation rigoureuse de cet ordre de faits, c'est que, si le nitrate d'argent est doué, en de telles conditions, d'une propriété si remarquable, s'il exerce une influence si décisive sur les actes intimes de la vie du système nerveux, il est impossible qu'une telle influence ne puisse être utilement mise à profit par l'art

dans un certain nombre de maladies de ce système, dans lesquelles, ou primitivement ou secondairement, la nutrition du tissu nerveux, sa rénovation vitale a subi une perturbation plus ou moins profonde. Déjà, à diverses époques de la science, des faits ont été produits qui semblaient déposer en faveur de l'utilité du sel lunaire dans l'épilepsie, la chorée, certaines formes de paralysie, etc. ; ces faits, rapprochés de ceux que nous venons de rappeler, leur empruntent une valeur, une signification qui doit sauter aux yeux des hommes les moins attentifs. Nous ne craignons donc pas de le dire, le remarquable travail de MM. Vulpian et Charcot, s'il établit positivement tout d'abord l'efficacité du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive, là, pour les penseurs, ne doit pas se borner sa signification, il a une portée plus haute encore peut-être : il laisse pressentir l'utilité possible de cet agent puissant pour redresser, dans plusieurs affections morbides du système cérébro-spinal, les déviations de la nutrition normale locale.

Un travail, que nous avons également inséré dans le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année qui vient de s'écouler, et qui tend également aussi à faire un peu sortir la thérapeutique de l'ornière séculaire où elle semble s'endormir, c'est celui du médecin de l'infirmerie royale d'Edimbourg, M. le docteur J. Turnbull ; ce médecin habile et sagace a dirigé, depuis quelques années, ses recherches sur l'action des alcaloïdes artificiels envisagés au point de vue des modifications qu'en peut éprouver l'organisme vivant, soit à l'état physiologique, soit à l'état de maladie. Cet auteur laborieux a surtout été conduit à cet ordre de recherches originales par la considération de l'influence non douteuse des alcaloïdes végétaux pour modifier la vie nerveuse, soit dans son évolution normale, soit dans son évolution pathologique, et aussi par la tradition empirique de l'art, qui permet de conjecturer que certains de ses agents doivent les propriétés, que celle-ci a plus ou moins rigoureusement constatées, à la présence d'alcaloïdes artificiels divers dans des composés plus ou moins nettement définis. C'est ainsi que l'huile animale de Dippel, que notre regrettable confrère Aran avait employée avec un incontestable avantage dans diverses maladies du système nerveux, contient plusieurs de ces alcaloïdes, et il est vraisemblable que c'est à la présence de ces éléments thérapeutiques qu'il faut, en partie au moins, rapporter l'efficacité qu'elle montre dans un certain nombre de maladies du système nerveux, qu'une analogie insuffisante ne nous a point encore appris à distinguer de celles où cette huile ne développe aucune action. Quoi qu'il

en soit à cet égard, M. Turnbull, en entrant hardiment dans cette voie très-peu explorée de la thérapeutique, a fait preuve d'un esprit qui a l'instinct du progrès, et qui sait à quelles conditions d'études sévères, d'investigations laborieuses, ce progrès peut s'accomplir dans un ordre de faits aussi instables que les faits qui relèvent de la thérapeutique. Les premières recherches que, dans cette direction au moins originale, a poursuivies le savant médecin d'Edimbourg, portent sur l'influence de l'aniline dans le traitement de la chorée. On sait les résultats auxquels il est parvenu : si ces résultats ne sont pas aussi décisifs que nous l'aurions voulu, si surtout ils ne se développent pas sur une assez large échelle pour en tirer, relativement à l'influence curative de l'aniline dans la névrose dont il s'agit, des conclusions définitives, au moins ce n'est assurément pas dépasser les bornes d'une prudente prévision que de poser ici que de semblables recherches, poursuivies avec persévérance et sagacité, peuvent faire réellement progresser la thérapeutique des névroses ; c'est en vue surtout de ce résultat que nous n'avons pas craint de rappeler, dans ce coup d'œil rapide des principaux travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique* dans le cours de l'année 1862, le travail intéressant de M. Turnbull.

Le vertige nerveux, que quelques travaux contemporains ont appris à reconnaître comme une névrose nettement définie, et qui a une place distincte désormais dans le cadre nosologique, ce vertige, que pendant longtemps on a considéré comme l'expression unique d'un processus congestionnel du principal organe de l'innervation, M. Delioux en a fait l'objet de recherches thérapeutiques intéressantes, qu'on n'oublierait peut-être pas sans préjudice pour les applications utiles de la science et de l'art. Nous tenons d'autant plus à signaler ici ce travail, qu'il rappelle l'attention sur un agent, le valérianate de zinc, dont la puissance, comme modificateur de l'impressionnabilité nerveuse, réclame encore des recherches pour être mise en pleine lumière. Dans tous les cas, les faits intéressants que cite dans ce sens le savant professeur de Toulon ne peuvent que concourir heureusement à élucider la question qui se pose à cet égard, et qui mérite à ce titre d'être attentivement méditée.

Il est encore une question qui, par la nouveauté des faits qu'elle mettait en lumière, a fixé d'une manière particulière dans ces derniers temps, l'attention du praticien : nous voulons parler de la maladie dite maladie de Graves, goître exophthalmique, maladie de Basedow, etc. Est-ce véritablement là une entité morbide réelle, ou bien n'est-ce qu'une manifestation insolite de l'anémie? L'ob-

servateur distingué M. L. Gros, qui s'est chargé d'élucider au moins cette question, en se plaçant sur le terrain des faits et d'une nosologie sérieuse, s'est efforcé de démontrer que, sans excéder les limites d'une logique légitime, on doit, avec l'illustre médecin de Dublin et l'éminent professeur de clinique de la Faculté de médecine de Paris, voir dans l'ensemble des symptômes qui constituent le goître exophthalmique une névrose aussi nettement définie que plusieurs maladies de cet ordre que les pathologistes n'hésitent point à placer dans la classe des aberrations pures des actes du système nerveux; toutefois, il se garde bien de méconnaître le rapport intime qui existe entre cet ensemble symptomatique et l'anémie ou la chlorose qui le double presque constamment. Pour nous, nous l'avouerons franchement, après avoir lu attentivement tout ce qu'a écrit à ce sujet M. Trousseau, tout ce qu'on trouve sur ce même point dans le livre de Graves, après nous être bien pénétré de l'esprit de l'article intéressant dont nous nous occupons en ce moment, nous ne sommes pas encore entièrement convaincu de la réalité de cette névrose, en tant que entité morbide proprement dite; c'est donc là, dans notre humble opinion, une question non encore résolue et qui appelle de nouvelles recherches. Quoi qu'il en soit à cet égard, et quelle que soit la solution que l'avenir réserve à ce que nous croyons encore être un problème, nous ne craignons pas de maintenir qu'au point de vue pratique, la notice de M. Léon Gros sur cette maladie n'en reste pas moins le travail le plus complet peut-être qu'il y ait actuellement dans la science, sur cette importante question. Nous rappellerons à cet égard que l'auteur, avec un sentiment profond des exigences de l'art, a nettement démontré que l'iodisme de Rilliet, qui n'est pas, quoi qu'on en ait dit, un être de pure raison, présente plus d'une analogie avec le goître exophthalmique qu'il s'est appliqué à en distinguer, et qu'il a de plus prouvé péremptoirement que l'iode, mais l'iode à doses fractionnées, est le moyen qui réussit le mieux à corriger ce désordre primitif ou symptomatique du système nerveux. L'auteur a insisté sur ce point, et avec infiniment de raison, car, comme il l'a dit lui-même, il est de *ceux qui croient que le but final de notre art est de guérir, et qu'un progrès en thérapeutique vaut bien la découverte d'une nouvelle fibre ou d'une nouvelle cellule.*

Tels sont, pour nous borner aux idées nouvelles qui ont été remuées, dans le cours de l'année qui vient de finir, sur le terrain de la médecine proprement dite, les travaux importants qu'a publiés le *Bulletin général de Thérapeutique;* si les travaux chi-

rurgieaux qui ont été, pendant le même espace de temps, insérés dans le journal que nous dirigeons, ne se recommandent pas par un caractère d'actualité ou plutôt d'originalité aussi tranchée, nous pouvons cependant en rappeler quelques-uns dont l'importance, nous en sommes sûr, n'a pas échappé à l'attention éclairée de nos lecteurs.

Le premier travail de cet ordre, sur lequel nous voulons en ce moment appeler de nouveau l'attention de ceux avec lesquels nous avons l'honneur d'être en communion scientifique, est celui de M. Paul Broca, sur le traitement des adénomes et des tumeurs irritables des mamelles, par le moyen de la compression méthodique. Depuis que Récamier, confondant des tumeurs de ce siége de nature essentiellement différente, leur a appliqué indistinctement un traitement qui devait nécessairement aboutir à des résultats nuls ou funestes, la compression, comme méthode thérapeutique sérieuse des tumeurs adénoïdes du sein, avait été à peu près complétement abandonnée, et l'on n'hésitait guère à employer l'instrument tranchant ou les caustiques pour les faire disparaître, quand elles devenaient le point de départ de douleurs violentes ou la source d'une profonde hypocondrie pour les malheureuses chez lesquelles s'étaient développées ces productions morbides. En reprenant cette question, qu'un esprit un peu aventureux n'avait pas résolue parce qu'il l'avait tout d'abord mal posée, M. Broca a rappelé l'attention sur la méthode thérapeutique dont il s'agit dans cette maladie, aussi légitimement qu'il l'a fait antérieurement pour la compression digitale dans le traitement des anévrysmes. C'est ainsi qu'un esprit réfléchi, et qui, quand il a saisi une idée juste, la poursuit avec persévérance dans toutes les applications dont elle est susceptible, peut servir aussi réellement la science et l'art que s'il apportait une idée nouvelle qui fût née de toutes pièces dans l'intelligence. Ce n'est point assurément nous qui jamais barrerons le passage à la lumière, d'où qu'elle vienne ; mais, à vieillir, nous avons appris à ne pas confondre les phosphènes de l'imagination avec la véritable lumière incréée de la vérité. Doué d'un esprit critique éminent, que M. Broca nous permette de l'engager à continuer à marcher dans une voie où il a recueilli déjà tant de traditions utiles et qu'il a su féconder encore en en fixant d'une manière définitive la valeur réelle : le génie, qu'on en soit bien convaincu, n'est bien souvent, sans se perdre dans les nuages de Platon, que du ressouvenir.

Un jeune chirurgien, qui marche d'un pas ferme dans la même voie que M. Broca, et qui aime, lui aussi, à soumettre à la coupelle

d'une critique fine et rigoureuse la tradition un peu confuse de notre belle science, M. Verneuil, s'est appliqué, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, à bien marquer les difficultés qui se rencontrent souvent dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales, et à les faire disparaître par le moyen d'ingénieuses modifications apportées aux méthodes ordinairement usitées. C'était là évidemment un des *desiderata* d'une thérapeutique à laquelle M. Jobert (de Lamballe) a imprimé de nos jours un si remarquable progrès, et dont il n'était pas sans importance de triompher. Grâce à ces modifications très-simples, l'opération des fistules vésico-vaginales devient d'une application plus facile, et est appelée par conséquent à devenir d'un usage plus commun. Nous devons également à un homme dont le nom est depuis longtemps placé en première ligne dans les annales de la science, à M. Bouvier, un travail remarquable relatif à un des instants de la trachéotomie, où l'intervention chirurgicale peut compromettre l'opération la plus habilement pratiquée, ou en assurer le succès définitif : nous voulons parler des moyens propres à maintenir ouverte la glotte artificielle et temporaire qu'a établie cette opération : nous ne saurions trop recommander la lecture de ce travail remarquable, où la sagacité pratique la plus consommée s'unit à la clarté des déductions. Enfin, pour terminer cette rapide énumération des points principaux que la science et l'art, dans l'année qui vient de s'écouler, ont surtout étudiés, et que nous nous sommes appliqué nous-même à fixer autant qu'il a été en nous, en faisant appel à l'élite des travailleurs qui ont à notre égard assez de bienveillance pour ne jamais nous refuser leur concours précieux, nous signalerons les recherches importantes de M. Herrgott, de Strasbourg, sur les règles à suivre dans l'administration du chloroforme. C'est encore là une question dont l'intérêt semble grandir tous les jours, à mesure qu'on signale plus de cas malheureux, qui sont imputables sinon au médecin, le sont du moins à l'art, qui n'a point encore su trouver la voie sûre où il ne se rencontre aucune pierre d'achoppement. La chloroformisation ! c'est là une trop précieuse conquête de la science pour que jamais l'on s'en dessaisisse; mais plus ce moyen est puissant et plus nous devons redoubler d'efforts pour lui ôter ce qu'il offre de dangereux dans ses utiles applications. Tout n'est point dit encore sur cette question : mais ce moyen restera, parce que les bons esprits ne manqueront pas qui, comme M. le docteur Herrgott, s'imposeront la tâche d'affranchir cette méthode précieuse des dangers qu'elle présente dans un certain nombre de cas.

La marche que nous avons suivie cette année, nous l'avons toujours suivie et nous la suivrons toujours. Quand, au milieu des ténèbres de notre science laborieuse, un point lumineux apparaît, nous nous empressons, avec l'aide de nos nombreux collaborateurs, de consigner dans les pages du *Bulletin général de Thérapeutique* les résultats pratiques importants qu'il découvre. En suivant cette voie, en y marchant d'un pas prudent, si nous ne bénéficions pas du scandale d'une publicité aventureuse, nous en évitons aussi les tristes retours : entre ces deux devises, faire le bien sans bruit et faire du bruit sans bien, nous avons préféré la première ; et, à en juger par les résultats, il ne paraît pas que ce soit nous qui nous trompions.

De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires et principalement dans la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur Woillez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Il y a environ sept ans, en 1855, mon vénéré maître et ami, M. Louis, me fit part d'un heureux emploi de l'extrait de ratanhia chez l'un de ses malades. Il s'agissait d'un homme d'un âge mûr, atteint d'un engouement asphyxique des bronches, et qui était, en quelque sorte, revenu à la vie du jour au lendemain, après avoir pris 4 grammes d'extrait de ratanhia en potion. Je résolus dès lors d'avoir recours à cette médication dans des circonstances analogues et d'en étendre l'application à toutes les maladies avec hypersécrétion anormale de l'intérieur des bronches.

Telle fut l'origine des recherches dont il va être question. Ces recherches, je l'avoue immédiatement, n'ont encore été ni assez multipliées ni assez régulièrement suivies ; aussi n'ai-je pas actuellement d'autre but que d'appeler l'attention des médecins praticiens sur un mode de traitement qui m'a été souvent utile dans le cours des maladies des organes respiratoires intra-thoraciques. C'est ce que démontreront, je l'espère, les observations que je rapporterai dans le cours de ce travail.

Je m'occuperai d'abord des affections des organes respiratoires avec hypersécrétion bronchique autres que la phthisie pulmonaire, et, en second lieu, de la phthisie elle-même. On verra que si, dans la première catégorie de faits, le tannin n'agit en apparence que sur un élément de la maladie, l'hypersécrétion anormale ou l'élément catarrhal de la maladie (ce qui a déjà son importance), il a, dans certaines phthisies, une influence incontestable, non-seulement sur la diminution des mucosités obstruant les voies aériennes, mais

encore sur l'évolution de la lésion tuberculeuse locale, ainsi que sur l'état général lui-même, qu'il améliore très-sensiblement.

La propriété astringente du tannin explique naturellement la diminution des sécrétions intra-bronchiques; elle explique de même la décroissance rapide de la stase sanguine. Quant à l'action tonique et réconfortante du tannin sur l'ensemble de l'organisme, on la comprend moins facilement; mais elle constitue un fait d'observation qui n'a pas échappé à l'attention d'un certain nombre de médecins praticiens, et d'abord à celle du docteur Pezzoni, médecin à Constantinople, qui a signalé l'utilité du tannin comme « égale à celle du meilleur quinquina » dans le marasme (*Dict.* Mérat et de Lens, t. VI, art. *Tannin*).

J'ai donné le tannin à la dose journalière de 4 pilules de 0gr,15 ou 0gr,20 chacun, prises deux par deux au moment des repas. Le malade ingérait ainsi 0gr,60 ou 0gr,80 de tannin par chaque vingt-quatre heures. J'ai préféré, comme plus commode et plus facile, ce mode d'administration à l'emploi de l'extrait de ratanhia (agissant principalement par le tannin qu'il contient).

Le traitement a d'ailleurs toujours été facilement supporté. Lorsqu'il fut très-longtemps continué, on put accuser le tannin, deux ou trois fois seulement, de provoquer quelques nausées après le repas. Il suffisait alors d'en suspendre l'emploi pendant trois ou quatre jours pour obvier à cet inconvénient. Ce qui est digne d'être noté, c'est que le tannin n'a jamais produit de constipation opiniâtre pouvant en contre-indiquer l'usage.

Sans faire l'historique de la médication tannique, déjà conseillée dans un grand nombre d'affections, je ne saurais omettre de rappeler que le docteur Cavarra l'a déjà signalée comme utile dans l'hémoptysie, et comme exerçant une action bienfaisante et positive contre la phthisie. Mais ces effets, attribués à des doses bien moindres que celles que j'ai employées [1], n'ont été qu'indiqués par M. Cavarra dans la note sommaire qu'il a communiquée à l'Académie de médecine en 1836 (*Bulletin*, t. I, p. 285).

Je passe maintenant à la partie principale de mon travail, qui est surtout basé sur des faits cliniques.

---

[1] M. Cavarra dit, dans sa note, qu'il a pris *jusqu'à deux grains et demi* de tannin sans en ressentir de mauvais effet, et que, pris à la dose de trois ou quatre grains (15 ou 20 centigrammes), il excite quelquefois des nausées et même des vomissements. C'est là une erreur qu'il importe de signaler. Le tannin employé par le docteur Cavarra était sans doute impur, car tout le monde sait aujourd'hui qu'on peut en donner jusqu'à 1 gramme et plus dans les vingt-quatre heures sans aucun des inconvénients que lui a attribués le médecin sicilien.

I. *Affections des organes respiratoires avec hypersécrétion bronchique.* — Sans avoir eu d'abord connaissance de la note du docteur Cavarra, je commençai à employer le tannin dans le traitement de la bronchite, puis je l'utilisai dans certaines congestions pulmonaires, dans la dilatation des bronches, et accessoirement vers la fin de certaines pneumonies.

A. *Bronchites.* — Je n'admets ici que les bronchites les plus incontestables, celles que caractérise comme signe distinctif principal le râle sous-crépitant qui occupe au moins la base des deux poumons en arrière.

Dans la bronchite ainsi comprise, la sécrétion bronchique devient le fait dominant dès que les phénomènes les plus aigus se sont amendés. De son plus ou moins d'abondance, en effet, peuvent dépendre, en grande partie, le plus ou moins de dyspnée, la fréquence plus ou moins grande de la toux et de l'expectoration. Diminuer alors cet élément catarrhal est par suite l'indication capitale ; et si l'on remplit cette indication, on a la mesure de l'effet obtenu, non-seulement dans la diminution des symptômes fonctionnels que je viens de rappeler (dyspnée, toux, expectoration), mais bien mieux encore dans la diminution de l'étendue des râles humides perçus à l'auscultation.

Les deux malades dont je vais rapporter l'observation comptent parmi les premiers auxquels j'ai administré le tannin. On y verra que j'ai d'abord eu recours à l'extrait de ratanhia avant d'employer le tannin pur ; mais cela importe peu dans la question que j'étudie, le tannin étant l'agent actif de part et d'autre.

Obs. I. Laurent G***, âgé de soixante et dix ans, commissionnaire, entre, le 17 octobre 1855, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 55.

C'est un vieillard petit de taille, médiocrement fort, d'un embonpoint modéré, qui a été habituellement bien portant jusqu'à l'âge de soixante-sept ans. Mais, depuis cette époque, il s'enrhume facilement, et il est *court d'haleine*, sans cependant avoir d'accès de dyspnée.

Huit jours avant l'admission, il a été pris de frissons avec perte de l'appétit, de dyspnée sans douleur thoracique, et de toux suivie de crachats non sanguinolents. Il a cessé ses occupations immédiatement, mais sans garder le lit, puis il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Le 18 octobre, lendemain de son admission, je constate une bronchite aiguë compliquant un emphysème pulmonaire, et je prescris un vomitif (Poudre d'ipéca, 1gr,50, et tartre stibié, 0gr,05) qui amène l'évacuation de matières muqueuses et bilieuses abondantes.

Le 19 octobre, je note en avant une sonorité exagérée de la poitrine, une faiblesse du bruit respiratoire à droite, et des râles sibilants pendant la toux. En arrière, la respiration est faible partout, avec expiration prolongée et mélangée de râles sonores peu intenses, se modifiant et augmentant par la toux, et de râles sous-crépitants qui sont peu humides, disséminés, et plus abondants à droite qu'à gauche. La respiration est régulière, à 20 seulement, un peu haute; il y a bien moins de dyspnée qu'à l'admission; toux également moins fréquente; crachats muqueux et opaques recouvrant seulement le fond du crachoir. Physionomie naturelle, absence de fièvre (pouls à 76), anorexie. (Sol. gomm. — Jul. diac. — Bouillons.)

Du 20 au 23, l'état général continue à être satisfaisant, et l'appétit est un peu revenu; mais les organes respiratoires présentent ceci de particulier que la toux devient plus fréquente et plus pénible, en même temps que le râle sous-crépitant se prononce davantage et occupe en arrière les deux tiers inférieurs du côté droit et la moitié inférieure du côté gauche, avec de nombreux râles sonores au-dessus. Il n'y a plus de dyspnée, et l'expectoration n'est pas plus abondante.

Le traitement a été peu modifié pendant ces quatre jours. Une pilule d'opium (0gr,05) pour la nuit et une portion d'aliments ont été ajoutées à la prescription du 19.

Le 23, je fais ajouter au julep 4 grammes d'extrait de ratanhia, et dès le lendemain, je constate :

En avant, poitrine très-sonore, comme précédemment; bruit respiratoire faible à droite et à gauche, sans expiration prolongée, sans aucun râle. En arrière, la respiration est également très-faible et ne s'entend bien qu'après la toux; elle est vésiculaire et, comme en avant, ne s'accompagne plus ni d'expiration prolongée, ni de râles sonores ou humides. En même temps la toux a presque disparu, ainsi que l'expectoration, qui est réduite à trois crachats transparents depuis la veille. L'état général continue d'ailleurs à être satisfaisant.

Les jours suivants, il reparaît un peu de râle sous-crépitant, mais dans un espace très-limité, à la base, des deux côtés de la poitrine, en arrière et seulement tout à fait à la fin de l'inspiration; ce râle n'augmente pas par la toux. Les râles sibilants ne se retrouvent plus.

L'extrait de ratanhia est continué jusqu'au 27 (pendant cinq jours), et le malade se trouve toujours très-bien jusqu'à sa sortie, qui a lieu le 30 octobre, treize jours après son admission à l'Hôtel-Dieu.

On ne saurait méconnaître dans ce fait l'heureuse influence de la médication tannique. C'est, en effet, après une quinzaine de jours de maladie, et alors que la bronchite ne s'était pas très-sensiblement amendée depuis six jours de séjour à l'hôpital, que j'administre l'extrait de ratanhia, et, dès le lendemain, les râles humides qui occu-

paient la moitié ou les deux tiers inférieurs de la poitrine en arrière *ont entièrement disparu*, ainsi que les râles sonores qui occupaient les portions supérieures des poumons.

Cette disparition rapide du râle, en même temps que la toux et l'expectoration sont devenues presque nulles, ne saurait être attribuée à une modification heureuse liée à la marche naturelle de la maladie. Ici, en effet, il n'y a pas de doute possible, les râles nombreux qui existaient dans la poitrine depuis l'admission à l'hôpital ayant disparu complétement dès le lendemain de l'administration de 4 grammes d'extrait de ratanhia.

Il est vrai que la continuation de la médication n'empêcha pas les râles humides de se montrer de nouveau les jours suivants ; mais ce fut à un degré insignifiant que ces râles se manifestèrent encore, car ils n'occupaient qu'un espace très-restreint à la base des deux poumons, et ils se montraient seulement à la fin de l'inspiration. Ce qui prouve le peu d'importance de cette sécrétion bronchique secondaire, si différente de la première, c'est l'amélioration rapide qui a été ressentie par le malade lui-même.

Dans l'observation suivante, que j'abrége, vu la netteté des résultats obtenus, je trouve dans mes notes une lacune de deux jours après l'administration de l'extrait de ratanhia, mais au troisième jour, la disparition des râles sous-crépitants était complète et restait telle jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital.

Obs. II. — Pierre L***, âgé de soixante-sept ans, palefrenier, était admis le 23 octobre 1855 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 43.

C'était un homme médiocrement fort, et qui était enrhumé depuis six mois, sans avoir eu auparavant la respiration courte. Il avait été pris, quatre jours avant son entrée, d'un étouffement et d'une toux plus vive, qui l'avaient obligé à renoncer à tout travail.

Le lendemain, 24 octobre, sa poitrine explorée était le siége d'un râle sous-crépitant abondant, occupant en arrière la moitié inférieure gauche et les deux tiers inférieurs droits de la poitrine, avec râles sibilants nombreux dans tout le reste du thorax, aussi bien en avant qu'en arrière. La respiration (28 par minute) était un peu haute, la toux médiocrement fréquente, et l'expectoration, muqueuse et demi-transparente, peu abondante ; il y avait absence de fièvre. (Prescription : sol. gom; — ipéca, 1^{gr},50 et tart. stib., 0^{gr},05 ; — 1 pil. op., 0^{gr},05 ; — 2 bouill.)

Le jour suivant, 25, il n'y avait plus de râles sonores qu'en avant à droite, et les râles humides étaient moins nombreux, sans être cependant moins étendus. Le pouls restait à 60. Il y avait de l'appétit. (Gom. ; — 1 pil. op. ; — 1 potion.)

Le 26 et le 27, les râles sibilants étaient disparus ; mais les

râles humides, devenus plus gros et plus abondants, occupaient la moitié inférieure des deux côtés de la poitrine en arrière. Il y avait, la nuit, un peu de dyspnée ; les crachats offraient les mêmes caractères. L'état général continuait d'ailleurs à être satisfaisant.

Je prescrivis, le 27, 4 grammes d'extrait de ratanhia dans un julep. Dès lors, les râles humides diminuèrent rapidement, car n'ayant exploré le malade que le 30 octobre (trois jours après l'usage de l'extrait astringent), il n'y avait plus trace de râles d'aucune sorte : en avant, le bruit respiratoire était seulement plus faible à droite qu'à gauche ; en arrière, il était égal des deux côtés et seulement un peu rude. Le 31 octobre, la respiration était plus douce à l'auscultation, mais assez forte.

Le malade quittait l'hôpital quelques jours après.

Je pourrais multiplier les faits de ce genre, et montrer que le tannin, à la dose de 60 centigrammes par jour, a agi aussi favorablement que l'extrait de ratanhia pour diminuer les râles et pour hâter la terminaison favorable de la bronchite aiguë. Mais la multiplicité des observations particulières constituerait autant de redites uniformes, et par conséquent inutiles.

Une remarque qui me paraît importante à ajouter, c'est que l'efficacité du tannin, si manifeste dans la bronchite aiguë avec hypersécrétion bronchique, m'a paru bien moindre, et souvent nulle même, dans les bronchites chroniques, dans lesquelles la sécrétion constitue une sorte d'habitude organique. Cela a été surtout frappant dans les faits de dilatation des bronches que j'ai observés, comme on le verra plus loin.

B. *Congestion pulmonaire.* — Lorsque j'ai signalé la fréquence de la congestion pulmonaire dans le cours des affections aiguës fébriles (*Arch. génér. de médecine,* avril 1854), j'avais à tort omis d'y comprendre une forme de congestion qui s'accompagne de râles humides à bulles de dimensions variables, et qui se rencontre principalement avec certaines affections valvulaires du cœur et dans les fièvres graves. On verra qu'on l'observe aussi dans le cours des affections pulmonaires chroniques.

Mettant actuellement cette dernière condition hors de cause, je signalerai la congestion pulmonaire des fièvres graves, et principalement celle que l'on rencontre dans certains cas de fièvre typhoïde, comme étant amendée rapidement par le tannin administré aux doses précédemment indiquées. J'en ai observé plusieurs exemples, un notamment, dans lequel l'engouement des bronches était tel qu'il existait une dyspnée extrême avec cyanose. Or, chez ce malade, ces accidents redoutables furent rapidement enrayés par le

tannin, et la fièvre typhoïde très-grave, qui en était le point de départ, guérit malgré son extrême gravité [1].

C. *Dilatation des bronches.* — Le tannin échoue habituellement contre l'hypersécrétion intra-bronchique qui accompagne la dilatation des bronches sans complication ; car il n'a nullement diminué les râles humides dans cinq faits sur six, dans lesquels je l'ai employé. Tout au plus, à part l'observation exceptionnelle que je rapporterai plus loin, il a diminué un peu l'abondance des crachats, qui est, comme on le sait, considérable dans cette maladie [2].

Cette inertie du tannin contre la dilatation des bronches, qu'il est facile d'expliquer par la persistance de la lésion bronchique, m'a mis sur la voie du diagnostic de cette affection chez une femme considérée d'abord, après un examen trop rapide, comme atteinte de pneumonie en voie de résolution. C'est un fait qui mérite d'être rappelé.

Obs. III. — Cette malade, d'une cinquantaine d'années, admise récemment à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Cécile, n° 31) se disait souffrante depuis une quinzaine de jours. Elle était sans fièvre et présentait, dans un point limité de la poitrine, vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche, un peu de râle sous-crépitant avec souffle après la toux. Je crus d'autant plus facilement à l'existence d'une pneumonie limitée en voie de résolution, qu'elle avait expectoré quelques crachats sanguinolents. Et, comme j'avais plusieurs fois constaté, et tout récemment encore chez un homme de la salle Saint-Jean, comprise dans ma division, que le râle humide de retour de la pneumonie disparaissait du jour au lendemain par l'emploi du tannin lorsqu'il persistait depuis plusieurs jours [3], je soumis cette femme à la même médication. Mais ce fut en vain : plusieurs jours après, le râle persistait avec la même intensité.

C'est alors que, rapprochant ce fait de ceux de dilatation des

---

[1] Ce malade ne guérit de son affection typhoïde qu'après plusieurs mois. L'emploi du tannin, qui fut continué assez longtemps, n'a-t-il pas eu ici une heureuse influence sur l'issue de cette très-grave maladie ? Il est permis de se poser cette question ; car mon savant confrère M. Herpin (de Genève) m'a dit avoir employé le tannin avec succès contre la fièvre typhoïde.

[2] Étonné d'abord de l'insuccès du tannin dans la plupart des dilatations des bronches, j'eus recours, d'après le conseil de M. Debout, à l'acide gallique, pris dans un julep, à la dose de 50 centigrammes par jour. Cet astringent diminua, en effet, d'une manière plus sensible l'expectoration chez deux de mes malades, mais cette modification ne fut ni durable ni très-prononcée.

[3] Voici le résumé de l'observation du malade dont il est ici question. Alexandre F***, cinquante ans, journalier, admis le 9 avril 1862 (salle Saint-Jean), convalescent de pneumonie. Râle crépitant persistant en arrière à droite jusqu'au 18 avril. La veille, administration du tannin, et dès le lendemain, 18, disparition complète des râles persistant jusqu'à la sortie, quelques jours après.

bronches, j'en vins à penser que je pourrais bien être en présence d'un cas de cette espèce. J'interrogeai donc la malade à ce point de vue, et j'appris qu'elle toussait depuis plusieurs années et qu'elle expectorait habituellement le matin une grande quantité de crachats muco-purulents. Je rectifiai dès lors mon premier diagnostic, et j'admis une dilatation des bronches, ce qui me fut confirmé par la persistance, jusqu'à la sortie de cette femme de l'hôpital, des signes d'abord notés (râle humide et souffle) au niveau du côté gauche de la poitrine.

L'espèce de recrudescence de la maladie, survenue peu avant l'admission, pouvait s'expliquer chez cette femme par une congestion pulmonaire intercurrente avec crachats sanguinolents, forme de congestion qu'il n'est pas rare d'observer dans le cours de la dilatation des bronches, quoique cette complication n'ait pas encore été signalée.

Ne serait-ce pas aussi à une congestion pulmonaire prolongée qu'était due l'aggravation de la maladie dans l'observation que je vais rapporter ? Quoi qu'il en soit, elle est une des plus remarquables de celles que j'ai recueillies comme exemples de l'action rapide du tannin.

Obs. IV. Le soir du 21 décembre 1859, je fus appelé en consultation à Pantin, rue de Paris, n° 9, auprès d'un marchand colporteur âgé d'une quarantaine d'années, et considéré comme arrivé à la dernière période d'une phthisie tuberculeuse devant avoir prochainement une issue fatale.

C'était un homme brun, pâle, maigre, mais dont la maigreur était loin d'annoncer le marasme. Il toussait habituellement depuis un grand nombre d'années, et avait la respiration courte. Lors de ma visite, il était en proie à une dyspnée prononcée et à une toux fréquente, suivie d'une abondante expectoration. Le malade m'affirma qu'il rendait chaque jour plusieurs litres de crachats depuis trois mois qu'il gardait presque constamment le lit. Tout en admettant de l'exagération dans son dire, je pus voir près de lui un vase qui en contenait environ deux litres, expectorés depuis le matin. Ces crachats étaient en partie jaunes et opaques, nageant dans une grande quantité de sérosité gluante. Le pouls était petit et fréquent, sans chaleur à la peau, l'appétit assez bien conservé ; il n'y avait pas de diarrhée, et le sommeil était incomplet, par suite de la fréquence de la toux.

Cette extrême abondance des crachats, l'aspect relativement satisfaisant du malade, l'absence de chaleur fébrile à cette heure avancée de la journée, me firent penser qu'il s'agissait d'une dilatation des bronches prise pour une phthisie pulmonaire ; et, en effet, l'exploration du thorax me confirma bientôt dans mon premier diagnostic.

Aucune matité n'existait sous les clavicules, et des râles humides et gros se constataient dans toute l'étendue de la poitrine des deux

côtés ; mais ils étaient moins prononcés aux sommets des deux poumons qu'au-dessous, où l'on percevait dans plusieurs points une respiration soufflante parfaitement caractérisée et comme disséminée.

Je prescrivis du vin de quinquina, un régime substantiel, quatre pilules de tannin par jour avant les repas, et une pilule d'extrait thébaïque de 0gr,025 le soir.

Une amélioration des plus rapides, malgré la mauvaise saison, fut la conséquence de cette médication ; car quinze jours à peine s'étaient-ils écoulés, que L*** venait lui-même chez moi me remercier de la transformation qui s'était opérée dans sa santé. Il n'existait alors à l'auscultation, comme signes anormaux, que quelques râles humides disséminés, avec un peu de souffle vers la base du poumon et à la partie moyenne de l'autre. La dyspnée était redevenue modérée, comme elle l'était depuis longtemps avant que le malade fût forcé de garder le lit, et l'expectoration était réduite à un demi-litre environ par vingt-quatre heures.

J'ai revu ultérieurement ce malade, qui a pu reprendre ses occupations nomades, en faisant un usage habituel et alterné de tannin et d'eau de goudron. Il m'a assuré que sa santé était bien meilleure qu'avant l'aggravation qui avait motivé ma visite.

Il faut bien admettre qu'il y a eu chez cet homme, atteint d'une dilatation des bronches, une complication d'où est résulté l'augmentation notable de la sécrétion bronchique et par suite celle de la toux, des matières expectorées et l'affaiblissement général. Or, cette complication apyrétique, disparue si rapidement sous l'influence de la médication tannique, ne saurait être, ce me semble, qu'une congestion pulmonaire, complication plus fréquente qu'on ne le pense généralement dans le cours des affections chroniques des organes respiratoires, non-seulement dans la bronchite chronique et la dilatation des bronches, mais encore dans l'emphysème pulmonaire et dans la tuberculisation des poumons, comme on va le voir.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du relâchement pathologique des symphyses du bassin pendant la grossesse et à la suite de l'accouchement. — Son traitement par la compression.

Il arrive parfois, on le sait, qu'à la suite de l'accouchement, alors même qu'il s'est fait le plus naturellement, certaines femmes ne peuvent se tenir debout, encore moins marcher, et qu'elles sont forcées de reprendre la position horizontale. Rapportant ce phénomène plutôt à un état de débilité générale, ou à un déplacement de l'uté-

rus, le praticien cherche dans ces lésions les indications de son traitement, qui le plus souvent échoue. M. Ferdinand Martin, dans un court mémoire lu à la Société de chirurgie, et que nous avons publié (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XL, p. 108), est venu rappeler l'attention et sur la cause véritable de ces accidents, le relâchement des symphyses du bassin, et sur le meilleur moyen d'en triompher, l'emploi de la compression. Nous croyons utile de revenir de nouveau sur ce mode de traitement, et nous l'étayerons sur de nouveaux faits de succès [1].

M. Ferd. Martin n'ayant rien dit dans son travail ni sur la marche de la maladie, ni sur son diagnostic, ainsi que son pronostic, nous croyons devoir tout d'abord combler cette lacune. Nous n'avons pas toutefois la prétention d'épuiser le sujet, et nous désirons même voir un jeune accoucheur reprendre cette étude, et rassembler en un seul faisceau les enseignements épars dans les annales de la science.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur la fonction de reproduction dans la série des animaux vertébrés, on voit que chez les femelles il se produit toujours un relâchement évident des symphyses du bassin, et même que, dans certaines classes, la parturition ne pourrait s'accomplir si l'écartement des pièces du bassin n'était porté à un point assez considérable.

Un phénomène analogue se produit-il chez les femmes, et lorsqu'un relâchement a lieu, est-il le résultat d'une action physiologique ou celui d'un état pathologique? Cette question a préoccupé les maîtres de l'art dès la plus haute antiquité, et, consultant surtout le grand enseignement fourni par l'histoire naturelle, ils n'hésitèrent pas à admettre l'ampliation constante du bassin chez la femme.

Cette opinion régna dans la science jusqu'au moyen âge. Ce fut seulement à la renaissance des lettres que, parmi les auteurs qui tentèrent d'introduire le goût de l'observation rigoureuse en médecine, il s'en trouva qui, forts des faits dont ils étaient chaque jour les témoins, repoussèrent cette manière de voir. De ce nombre était l'illustre Ambroise Paré. Il donna dans cette circonstance une preuve remarquable de sa probité scientifique : il avait soutenu jusque-là, comme il le dit, par paroles et par écrit, l'opinion contraire à l'écartement de la symphyse pubienne pendant l'accouchement [2], mais il s'empressa de reconnaître son erreur aussitôt que

[1] Voir au Bulletin des hôpitaux, p. 37.

[2] Plusieurs des écrivains qui ont fait allusion à ce fait ont prêté à Paré une opinion qui n'était pas la sienne. Ce chirurgien ne contestait pas la possi-

l'examen anatomique la lui eût montrée. Cette preuve lui fut fournie par l'examen du cadavre d'une femme d'environ vingt-quatre ans, pendue quinze jours après son accouchement, pour avoir fait périr son enfant, et dont la dissection fut faite au Collége royal de chirurgie, le 1er février 1579, en présence de Paré et d'un grand nombre des médecins et des chirurgiens les plus haut placés. Avant de procéder à la dissection, on souleva la cuisse droite du cadavre, et l'on vit très-distinctement que de ce côté l'os pubis surpassait le niveau de l'autre, au moins d'un demi-pouce : il y avait également un travers de doigt d'intervalle d'un pubis à l'autre. Les divers mouvements qu'on fit exécuter au bassin prouvèrent au doigt et à l'œil que les symphyses sacro-iliaques étaient beaucoup plus lâches que dans l'état naturel.

Tous sortirent de la conférence pénétrés d'admiration et convaincus du fait. Il est étonnant, cependant, qu'aucun des assistants, surtout parmi ceux qui *s'endurcirent* la tête, et qui, sans nier le fait, en niaient les conséquences, qu'aucun, dis-je, ne se soit demandé si ces mouvements n'étaient pas la conséquence d'une maladie des symphyses indépendante de l'accouchement, et n'ait réclamé la dissection des articulations.

Voici ce que l'observation plus attentive des faits a démontré depuis. Chez presque toutes les femmes, sous l'influence de l'afflux plus abondant des liquides qui se produit pendant la grossesse, les ligaments qui unissent les os du bassin éprouvent un léger degré de relâchement; mais normalement la diastase pelvienne ne va jamais jusqu'à permettre la mobilité des pièces articulaires. Dans les cas rares où le relâchement est porté assez loin pour permettre des mouvements manifestes, cet accident doit être rapporté à une prédisposition morbide. On a cherché à rattacher cette prédisposition à l'état général, et surtout au vice scrofuleux : nous ne saurions admettre cette assertion, car dans les dix-neuf observations originales que nous possédons et qui forment la base de cette note, nous voyons que près de la moitié des femmes présentaient une constitution robuste, quelquefois même athlétique, et qu'aucune des autres n'avait offert aucune trace de scrofules ou de rachitisme.

---

bilité du relâchement de toutes les articulations du bassin; ce qu'il niait, c'est l'écartement du pubis. En effet, voici ce qu'on lit dans les premières éditions de son ouvrage : « Et n'ay iamais apereeu qu'il se face *ouuerture pardeuant*, comme aucuns disent, mais véritablement *les os de la hanche s'ouurent* et séparent, en sorte que plusieurs femmes (faute que nature ne les a puis après bien reioincts) sont deumeurées boyteuses. » Il n'a donc changé sa doctrine qu'en ce qui concerne les modifications présentées par la symphyse pubienne.

On s'est demandé si les efforts de diduction produits par la tête de l'enfant, surtout pendant les accouchements laborieux, ne pouvaient pas être pour quelque chose dans la production de la maladie? Sur nos dix-neuf cas, nous en trouvons un seul dans lequel aucune douleur ne s'était manifestée pendant la grossesse. L'accouchement avait été long et difficile, et avait réclamé l'intervention du forceps; et c'est alors qu'on permit à la malade de se lever, qu'elle s'aperçut pour la première fois de l'impossibilité où elle était de pouvoir marcher. Pendant deux années l'existence du relâchement des symphyses fut méconnue, et la malade traitée pour une affection utérine; au bout de ce temps, elle vint à Paris consulter M. Paul Dubois, qui reconnut la nature des accidents et prescrivit une ceinture pelvienne (modèle de Ferd. Martin); quelques jours après, cette dame retournait chez elle, ayant recouvré l'usage de ses membres inférieurs.

Chez la grande majorité des femmes affectées d'un relâchement des symphyses pelviennes, les premiers symptômes apparaissent pendant la grossesse, quelquefois dès les premiers temps, beaucoup plus souvent à la fin, aux septième et huitième mois. Ce sont d'abord des douleurs légères, qui se montrent seulement après un exercice soutenu et prolongé, ou des efforts pour soulever quelque fardeau. Ces douleurs vont en augmentant, et irradient dans les aînes et vers la partie supérieure et postérieure des fesses, au niveau des articulations sacro-iliaques. Lorsqu'elles sont considérables, et ont persisté pendant toute la fin de la gestation, elles deviennent une cause de lenteur du travail de l'accouchement, en ce qu'elles paralysent les efforts que la femme doit faire pour soutenir les effets des contractions utérines.

La mobilité des articulations pelviennes est plus prononcée après l'accouchement que pendant la grossesse; c'est le plus souvent à cette époque que les femmes commencent à se plaindre de douleurs assez vives lorsqu'elles se retournent dans leur lit, ou qu'elles veulent lever les membres inférieurs. Lorsque l'attention du praticien a été éveillée par l'observation de quelque fait semblable, il reconnaît de suite la nature de la maladie, et intervient. Mais le plus souvent les douleurs dont se plaignent les accouchées sont rapportées au traumatisme de la parturition, et c'est seulement lorsqu'on permet aux femmes de se lever pour la première fois qu'on s'aperçoit qu'elles ne peuvent ni se tenir debout, ni marcher. Rapportant cet effet à un état de débilité générale, on leur fait reprendre le décubitus horizontal. Sous l'influence du

repos et des efforts spontanés de l'organisme, l'inflammation des surfaces articulaires diminue, les douleurs cessent, et si le repos est prolongé assez longtemps, les malades guérissent.

Peu de femmes ont la patience d'attendre ce moment, et dès que la station est possible, quelque difficile et mal assurée qu'elle soit, elles se lèvent et marchent. L'exercice même le plus modéré renouvelle les accidents ; le médecin, rappelé, méconnaît souvent la nature du mal, et ce n'est qu'après un grand nombre d'années, et des traitements nombreux que l'état de relâchement des symphyses du bassin est constaté.

Chez une malade que j'ai vue avec notre regretté collègue Robert, la maladie remontait à *cinquante années;* elle s'était montrée à la suite d'un premier accouchement survenu à l'âge de vingt ans, et, pendant tout ce long espace de temps, cette femme s'était trouvée condamnée à ne pas quitter la chambre et à se traîner de meuble en meuble. Je laisse à penser sa joie lorsque, deux jours après l'application d'une ceinture, elle put recouvrer l'usage de ses jambes et visiter une sœur qui habitait la campagne !

La diastase des symphyses, chez une cliente de Lenoir, existait depuis dix-sept années, et la marche n'en fut pas moins possible, immédiatement après l'application d'une ceinture bien faite.

On voit par ces deux seuls faits l'importance qu'il y a à pouvoir reconnaître l'existence de cette lésion.

L'existence du relâchement des symphyses du bassin est-elle aussi difficile à constater que semblerait le faire croire le grand nombre des erreurs de diagnostic commises dans ces cas ? Nous ne le pensons pas. La cause principale d'erreur tient à ce que quelques-uns des symptômes, les tiraillements dans les aines et les douleurs de reins, sont communs aux déplacements de l'utérus et à l'écartement des symphyses. Or, comme la première de ces maladies est de beaucoup la plus fréquente, on dirige contre elle ses moyens de traitement. Lorsque ceux-ci restent sans résultat, on devrait s'apercevoir que l'on a fait fausse route ; mais l'esprit du médecin, une fois son siége fait, revient difficilement à son point de départ pour se demander s'il n'aurait pas commis une erreur. Dans l'espèce, une autre cause vient fortifier le praticien dans la présomption d'un déplacement de l'utérus : un grand nombre d'entre eux traitent ces déplacements par l'emploi des ceintures abdominales ; or, lorsque la diduction des symphyses n'est pas très-considérable, ce moyen de contention suffit pour rendre la marche, sinon facile, du moins possible, et les malades se contentent du résultat.

Deux sortes de renseignements peuvent conduire au diagnostic de la diastase du bassin : le mode d'évolution de la maladie et l'examen direct des parties. Dans le récit qu'elles font, les femmes rapportent d'elles-mêmes le début de leurs souffrances à leur dernier accouchement ; mais si vous les interrogez sur l'époque précise de l'apparition des premiers phénomènes morbides, elles vous apprendront qu'elles éprouvaient également des douleurs aux reins et au niveau du pubis, pendant les derniers mois de leur grossesse. Or, on ne saurait rapporter les symptômes apparus à cette époque à l'abaissement de l'utérus ; chargé du produit de la conception, il repose sur la marge du bassin. L'on se trouve donc naturellement conduit par ces renseignements à examiner l'état des symphyses, surtout celles sacro-iliaques, qui sont les articulations les plus fréquemment affectées. Un des caractères du relâchement des symphyses les plus importants et des plus faciles à constater est l'impossibilité où se trouvent les femmes placées dans le décubitus dorsal de soulever leurs extrémités inférieures, surtout le membre correspondant à l'articulation la plus affectée.

Lorsqu'on est appelé à poser son diagnostic peu de temps après l'accouchement, la mobilité des articulations est alors trop sensible pour échapper à l'examen direct du bassin ; il suffit de faire saisir par un aide une des jambes de la femme, et tandis qu'il lui imprime des mouvements alternatifs d'extension et de flexion, la main du chirurgien, appliquée sur la symphyse, constate l'élévation et l'abaissement de l'os pubis correspondant au membre mis en mouvement. On peut faire les mêmes remarques en portant la main sur les crêtes iliaques ; mais ces pièces osseuses sont moins commodément disposées. Veut-on constater d'une manière non douteuse le relâchement des symphyses sacro-iliaques, il faut faire lever la malade, sauf à la faire soutenir par deux aides, si besoin est ; on embrasse alors des deux mains les crêtes iliaques et on invite la femme à marcher ; à chaque pas qu'elle fait, on sent que l'os coxal, correspondant au membre sur lequel porte le poids du corps, remonte d'une manière très-sensible, tandis que son os congénère s'abaisse notablement. Ce moyen de diagnostic est si précis, qu'il permet de reconnaître la lésion alors qu'elle affecte seulement une des symphyses et que les désordres anatomiques sont peu considérables.

Cet examen direct permet de constater que l'intensité des douleurs n'est pas proportionnelle avec la mobilité des articulations ; le degré de relâchement des symphyses ne paraît avoir de rapport direct qu'avec la solidité de la station et les sensations de dislocation

et d'effondrement dont se plaignent les malades. Il en est qui, dès qu'elles sont placées debout, vous disent qu'il leur semble que leur tronc va glisser entre leurs jambes, comme le ferait un coin. Cette sensation disparaît aussitôt qu'on applique un moyen efficace de contention autour de leur bassin.

Certains auteurs, tenant compte surtout des données de l'anatomie pathologique, ont porté de la maladie un pronostic beaucoup plus grave que de raison. Oui ! on a trouvé des cas dans lesquels l'inflammation et la suppuration avaient amené la destruction complète de l'articulation et l'altération des surfaces osseuses ; mais, dans ces cas, les femmes avaient succombé à la fièvre puerpérale, et rien n'autorise à dire que, si elles avaient échappé aux dangers de cette dernière maladie, elles auraient succombé aux suites de l'altération des articulations.

Les occasions de voir la maladie abandonnée à sa marche naturelle ont été fréquentes ; or, qu'il y eût deux, quatre, six, dix-sept ou cinquante années, nous n'avons constaté d'autres suites qu'une impossibilité de la marche, accompagnée ou non de l'existence de douleurs irradiant dans les reins et les aines. Nous ne voulons pas nier qu'il puisse arriver que la maladie finisse par altérer la consistance et même la continuité des ligaments articulaires. Nous disons seulement que les faits manquent ou, s'il en existe, qu'ils sont bien exceptionnels.

Le plus grand dommage que l'on porte aux femmes, en ne reconnaissant pas tout d'abord la nature de leur maladie, est de laisser échapper l'occasion de les guérir radicalement. L'observation clinique démontre, en effet, que lorsqu'on intervient seulement un certain temps après les couches, six mois, un an, la cure se fait attendre un long temps ; elle n'a lieu sûrement qu'après une nouvelle grossesse, qui vient réveiller la vitalité des tissus ligamenteux relâchés. La durée du traitement est, au contraire, très-courte si la compression a été mise en œuvre dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

La nature des lésions articulaires et la présence des douleurs, surtout lorsque les accouchées sont jeunes et robustes, ont conduit quelques auteurs à conseiller l'emploi des saignées générales ou au moins l'application locale de sangsues, de façon à éteindre l'irritation dont les articulations pelviennes sont le siége, et lorsqu'on a affaire à des femmes frêles et délicates, à recourir de préférence aux fomentations et aux cataplasmes émollients, aux liniments anodins. L'expérience a démontré depuis longtemps que le moyen le plus ef-

ficace était la compression circulaire du bassin ; aussi est-il de pratique courante d'appliquer un bandage de corps, plus ou moins serré, chez toutes les femmes qui viennent d'accoucher et de le maintenir pendant toute la durée du séjour au lit.

Chez les femmes qui ont présenté de la difficulté de la marche dans les derniers mois de leur grossesse, on devra exercer cette compression, ainsi que le conseille Boyer, à l'aide d'une ceinture de cuir, matelassée à la manière des brayers, et bouclée à la partie antérieure (fig. 1). Les femmes en sont constamment soulagées, cela se comprend : l'emploi de la ceinture a pour premier résultat de prévenir le mouvement des surfaces articulaires malades, cause principale des douleurs pelviennes. Cette action mécanique, quand elle est soigneusement maintenue, et les femmes ne manquent pas de resserrer leur ceinture à mesure qu'elle se relâche, elles en portent elles-mêmes la constriction à un degré qu'on n'oserait se permettre ; cette compression, dis-je, finit par agir sur les tissus ligamenteux altérés et par ramener les surfaces d'incrustation et les ligaments d'union distendus à leurs conditions organiques normales.

Les effets de ce traitement sont d'autant plus rapides et plus assurés qu'il est mis en œuvre à une époque plus rapprochée de l'accouchement et qu'il est secondé par un repos suffisamment prolongé. Deux à trois mois suffisent pour mettre les femmes à l'abri de toute rechute.

Lorsque l'affection a été méconnue et que la ceinture est appliquée plus d'une année après les couches, la guérison n'est souvent possible et surtout complète, nous l'avons dit, qu'autant qu'une nouvelle grossesse vient réveiller la vitalité des tissus ligamenteux. Dans ces cas, la femme doit continuer à porter sa ceinture pendant toute la durée de la gestation et même les quatre ou cinq premiers mois qui suivent ses couches.

Chez les femmes dont le relâchement des symphyses remonte à quinze et vingt années, l'emploi de la ceinture ne saurait avoir d'autre résultat que de rendre la marche possible, en maintenant la fixité de l'union des diverses pièces osseuses du bassin. Ce n'est plus une maladie, mais une infirmité, et, comme les éventrations abdominales, les hernies, elle réclame l'intervention constante d'un moyen prothétique qui vient suppléer l'impuissance des parties organiques.

Les ceintures d'abord livrées par M. Charrière étaient fabriquées, comme l'indique Boyer, avec une bande de cuir (fig. 1) matelassée

et garnie à l'intérieur d'un ressort, formant un cercle complet, de façon à embrasser tout le bassin; elle était munie à sa partie antérieure d'une courroie E, qui permettait d'exercer une compression aussi énergique que l'on voulait. Les axes de cette ceinture étant situés dans un même plan horizontal, elle ne comprimait exactement que les symphyses sacro-iliaques; pour rendre son action plus complète, M. Charrière a créé un second modèle. Celui-ci consiste en une plaque de cuir moulé présentant la hauteur du bassin et l'enserrant de la même façon que le corset étreint la taille. Nous reprochons à cette ceinture de gêner la marche et lui préférons le modèle de M. Ferd. Martin.

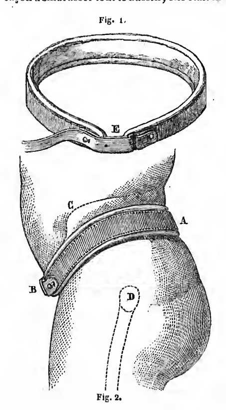


Fig. 1.
Fig. 2.

Cet ingénieux orthopédiste, qui a eu de nombreuses occasions de surveiller ces sortes de traitement, a modifié très-heureusement la forme de la ceinture classique, en incurvant le ressort de haut en bas et d'arrière en avant (A, B, fig. 2); son modèle, tout en maintenant très-solidement la fixité des articulations du bassin, ne comprime pas la partie inférieure de l'abdomen; de plus, il agit parallèlement à l'axe du détroit supérieur. C'est à cette disposition qu'on doit toujours donner le choix, surtout lorsque l'appareil est destiné à des femmes dont le relâchement des symphyses remonte à un grand nombre d'années.

Un enseignement précieux, par lequel nous voulons clore cette note, est l'existence d'un traitement médical; il nous est fourni par M. le professeur Stolz, de Strasbourg. Jamais cet éminent praticien

n'a vu le relâchement pathologique des symphyses réclamer l'emploi d'un moyen de contention aussi puissant que celui que nous n'hésitons pas à recommander. Il attribue ce résultat à l'action des eaux de Bade auxquelles il envoie ses malades. Une saison passée à ces thermes constitue à ses yeux le meilleur moyen de triompher de la maladie. Notre savant confrère rendrait un grand service à la pratique s'il daignait nous dire ce que l'expérience clinique lui a appris à l'égard de ce traitement médical du relâchement pathologique des symphyses pelviennes. DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques sur les infusions et les décoctions de plantes médicinales.

Pour un grand nombre de médecins les tisanes dont on fait usage n'agissent que par la température du liquide et les principes mucilagineux qu'il contient. Notre collaborateur, M. Deschamps, est venu déjà combattre cette manière de voir erronée, et a donné comme preuve l'analyse des feuilles de tussilage (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 339, et t. LV, p. 233). M. Terreil vient défendre, à son tour, la même thèse, en montrant que les végétaux contiennent des phosphates à l'état soluble. Si l'on verse un léger excès d'acide dans une infusion de fleurs de mauve bien filtrée, ou dans une décoction de racines de chiendent, on trouve, vingt-quatre heures après, les parois du verre dans lequel on a fait l'expérience tapissées de phosphate ammoniaco-magnésien. Après ce premier dépôt, tout l'acide phosphorique n'est pas précipité, et si l'on ajoute à la liqueur filtrée du sulfate de magnésie saturé de sel ammoniac, il se précipite à l'instant un nouveau dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien, qui augmente avec le temps. Toutes les dissolutions de plantes ne précipitent pas du phosphate ammoniaco-magnésien lorsqu'on les traite par l'ammoniaque, mais elles donnent toutes un précipité de ce phosphate lorsqu'on verse dedans du sulfate de magnésie saturé de sel ammoniac. En présence de ces faits, M. Terreil a cru pouvoir conclure : que les macérations, infusions et décoctions de plantes médicinales, qu'on appelle tisanes, doivent une partie de leur action sur l'économie à l'acide phosphorique et aux phosphates qu'elles renferment, et que le phosphate de chaux des os provient du phosphate que les végétaux contiennent à l'état soluble.

De la préparation de l'acétate d'ammoniaque liquide (esprit de Mindérérus, vinaigre ammoniacal de Boërhaave), à propos d'un remède contre le choléra.

Depuis que, pour simplifier la formule d'un grand nombre de médicaments composés, on a banni de leur préparation certaines substances réputées inutiles, il semblerait que l'on doive obtenir des produits uniformes. Il est loin cependant d'en être ainsi. L'acétate d'ammoniaque liquide, par exemple, n'est pas identique dans toutes les officines; les traités de pharmacie eux-mêmes diffèrent sur ce sujet et lui assignent une constitution variable; je crois donc utile d'indiquer le procédé que j'emploie pour obtenir ce médicament doué d'une composition rigoureusement définie.

Pr. Vinaigre de vin distillé à 3 degrés......	500 grammes.

Faites chauffer au bain-marie, à 30 ou 40 degrés, dans un vase de verre à large ouverture; ajoutez par fragments et successivement :

Sesqui-carbonate d'ammoniaque vitreux, parfaitement privé du bicarbonate d'ammoniaque qui le recouvre sous forme d'une poudre farineuse	50 grammes.

Ou, Q. S. pour obtenir 525 grammes de liquide marquant 5 degrés à l'aréomètre, et d'une pesanteur spécifique 1040.

Il faut 1 équivalent d'ammoniaque (2.6) pour neutraliser 1 équivalent d'acide acétique (5.1); par conséquent, 25 grammes d'ammoniaque neutralisent 49 grammes d'acide acétique.

Le liquide obtenu par ce procédé renferme donc 74 grammes d'acétate d'ammoniaque cristallisé, ou environ un dixième et demi.

A l'état solide, comme ses congénères, ce sel se décompose rapidement; aussi ne l'emploie-t-on en médecine que sous la forme liquide. On doit le conserver dans des flacons hermétiquement bouchés.

Remède contre le choléra.

J'ai été amené à faire les observations qui précèdent au sujet de la préparation d'un remède contre le choléra, qui a été employé dans un grand nombre de cas pendant les épidémies de 1849 et 1853 et que j'ai toujours vu réussir. Je regarde donc comme un devoir d'en faire connaître la composition.

Pr. Acétate de morphine..............	25 centigrammes.
Acétate d'ammoniaque liquide.......	100 grammes.
Eau distillée de menthe poivrée....	500 grammes.

Faites dissoudre l'acétate de morphine dans une petite quantité

d'eau de menthe aiguisée de quelques gouttes de vinaigre de vin distillé ; ajoutez l'acétate d'ammoniaque liquide, puis l'eau de menthe poivrée. Conservez dans des flacons bien bouchés.

La dose est de 60 grammes, pour un adulte, administrés par cuillerées à café étendues dans un peu d'eau sucrée, chaque quart d'heure ou chaque demi-heure, suivant l'intensité de la maladie, jusqu'à ce que les accidents cessent et que le sommeil survienne. Cette quantité peut être élevée à 120 grammes.

Il importe d'employer de l'acétate d'ammoniaque préparé exclusivement avec le vinaigre de vin, et non avec le vinaigre de bois (acide acétique pyroligneux). PIERLOT, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur la cure radicale du goître cystique.

Le corps thyroïde, glande sans conduit excréteur, se compose d'un stroma et de vésicules glandulaires, celles-ci chargées d'un contenu fluide, pathologiquement exposé à des métamorphoses variées. En vertu de ces données anatomiques, on peut considérer le goître cystique comme le développement morbide d'une ou plusieurs cellules thyroïdiennes. De là, tout naturellement une division nosologique en kystes uniloculaires et multiloculaires, où l'on ne saurait faire entrer la très-rare exception connue sous le nom d'*hygroma des bourses synoviales accidentelles*, qui siégent sur les côtés des cornes de l'os hyoïde.

L'hydrocèle cervicale, eu égard à sa cause prochaine, n'est donc pas, à beaucoup près, aussi simple qu'on paraît le supposer.

C'est particulièrement sur les terrains salifères, à horizons géologiques marneux, imperméables, humides, que l'on rencontre l'hydrocèle du cou, les goîtres et le crétinisme endémiques, provoqués, développés, entretenus par l'action incessante du miasme paludéen : toutes les autres causes étant purement occasionnelles.

Par suite d'une coïncidence, toute fortuite sans doute, sur 11 goîtres cystiques soumis à notre observation, nous en avons compté 10 à droite, 1 à gauche seulement, jamais au centre du corps thyroïde. Tous, sans exception, avaient pour base la partie moyenne d'un des lobes externes de la glande, et, tout en faisant latéralement une énorme saillie, ils plongeaient en arrière et au-dessous de la clavicule, assez profondément pour rendre fort difficile la totale évacuation de leur contenu. Ceux de droite, uniloculaires, étaient dis-

tendus par 30 ou 40 centilitres d'un liquide séreux, semblable, pour la densité et la couleur, à de la teinture d'iode; celui de gauche, mesurant plus de 10 centimètres de diamètre, par un mélange de matière sébacée et calcaire.

N'ayant pas à nous occuper, dans cette note toute chirurgicale, de la prophylaxie des divers accidents pathologiques énumérés plus haut, et qui ressortit autant à l'hygiène publique qu'à l'hygiène privée, nous nous bornerons à rapporter ce que l'expérience nous a appris sur la cure radicale de l'hydrocèle thyroïdienne.

a. La simple ponction, qui réussit une fois à J.-L. Petit, a constamment échoué dans nos mains. Ajoutons cette remarque que, dans nos tentatives de lutte contre une récidive toujours complète, en moins d'un septenaire, tout en soustrayant avec soin, au moyen d'évacuations fréquentes et successives, la totalité du liquide de plus en plus séreux et décoloré, jamais nous n'avons pu parvenir à la plus légère rétraction des parois du kyste.

b. Ouvrir largement la tumeur pour en évacuer le contenu et placer entre les lèvres de la plaie une tente de charpie, suivant le conseil donné par Franco, à propos de l'hydropisie de la tunique vaginale, c'est faire de la chirurgie rationnelle assurément. Ce moyen, nous l'avouerons toutefois, ne nous a été utile que dans le traitement de l'énorme tumeur sébacéo-calcaire mentionnée plus haut. La tente de Franco n'est peut-être tombée dans l'oubli qu'en raison du peu de soin dont l'ont entourée les chirurgiens qui y ont eu recours.

c. L'emploi du séton, imaginé en 1498 par Guy-de-Chauliac, et longtemps préconisé par Pott dans le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale, nous a procuré un succès durable; succès acheté au prix de tant de danger, que nous n'avons pas été tenté d'y recourir une autre fois. Dès le second jour, l'inflammation se développa avec une effrayante intensité, étranglant le séton à ses deux extrémités dans les pertuis faits à la tumeur. Il y eut pendant huit jours une fièvre ardente, du délire, qui ne s'amendèrent qu'après un débridement; puis une suppuration interminable, des fongosités inquiétantes et rebelles.

d. A l'hôpital de Heidelberg, M. Chelius fils a repris, en la modifiant, l'incision déjà fort anciennement employée. Après avoir verticalement divisé la tumeur dans presque toute son étendue, il en attire le fond, qu'il fixe entre les deux lèvres de la plaie au moyen d'aiguilles à sutures. Quelle est la valeur de cette pratique, nous ne saurions le dire, ne l'ayant point expérimentée.

e. Il y a loin de là à l'énucléation impossible, à la dangereuse ex-

tirpation qui a toujours effrayé J.-L. Petit, et que ne craint pas de recommander d'une manière générale, après deux éclatants succès, un de nos confrères d'outre-mer, dans *The American Journal.*

f. Laissons au temps et à l'expérience le soin de déterminer la valeur de ce dernier et violent procédé. En attendant, nous continuerons de recourir au drainage chirurgical. Mais, qu'on le sache bien, il ne s'agit pas seulement, pour réussir, de placer un drain, suivant la meilleure direction possible, puis de l'abandonner à l'incurie des opérés : on aurait bientôt à lutter contre tous les hasards du séton ordinaire ; il faut encore se soumettre, dans le traitement du goître cystique, à toutes les conditions imposées par l'ingénieux et habile chirurgien de Lariboisière, à propos de collections purulentes de diverses natures. Au moyen d'injections adoucissantes et détersives pratiquées dans la tumeur, à travers le tube élastique et à l'aide de larges cataplasmes émollients, étendus sur la surface cervicale entreprise, nous avons pu, dès le début, modérer, chez nos 9 opérés (tous adultes), la violence de la réaction nécessaire à la formation du pus, et diriger à bonne fin l'explosion d'une inflammation adhésive.

Pendant le premier septenaire, tant qu'a duré l'état aigu, il ne s'est écoulé, à travers les pertuis détergés et béants qu'un peu de sérosité ténue et légèrement rouillée, au grand soulagement des opérés. Le pus, qui a peu à peu succédé à la sérosité, s'est montré louable chez 8 de nos sujets ; la sécrétion s'en est tarie et la cure a été complète chez 5, en vingt-trois ou vingt-cinq jours ; chez 3, en quarante et quarante-cinq jours ; chez une femme de trente-neuf ans, dont la constitution avait été délabrée par des chagrins domestiques, le pus a subi des altérations variées : les deux ouvertures traversées par le drain se sont boursouflées et couvertes de fongosités de mauvais caractère qu'il nous a fallu réprimer ; enfin la guérison radicale s'est fait attendre un peu plus de trois mois.

Le drain doit être retiré dès que la cavité cystique est transformée en un simple cylindre suppurant autour du tube.

Bien que nos premières guérisons datent déjà de deux et trois ans, les dernières de un mois et demi, rien n'indique que nous ayons à courir des chances de récidives chez nos clients ; mais nous devons ajouter ici, pour être exact, qu'ils ont continué le régime analeptique et l'usage des amers auxquels nous les avions soumis.

E. Ancelon, D. M.,
à Dieuze.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les suppurations endémiques du foie, d'après des observations recueillies dans le nord de l'Afrique, par M. J.-L. Rouis, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur.

En lisant le livre intéressant de notre savant confrère de Strasbourg, un souvenir de nos études classiques nous revint à l'esprit, c'est celui des leçons de pathologie de M. le professeur Andral : même à cette époque, qui est loin de se perdre dans la nuit des temps, les hommes les plus autorisés, comme le professeur de pathologie générale, ne parlaient qu'avec une excessive circonspection de l'hépatite, et de sa conséquence fréquente, la suppuration de l'organe formateur de la bile : la raison de cette réserve, c'est qu'alors comme aujourd'hui cette maladie ne se rencontrait qu'assez rarement dans nos climats, sauf les cas où elle survient par suite d'un traumatisme direct, et que, d'un autre côté, les enseignements qu'on pouvait puiser à une autre source ne se produisaient en général que fort incomplets, et dans des conditions d'observation qui laissaient presque toujours à désirer quant à la sévérité, et quelquefois quant à la compétence même des observateurs. Heureusement il n'en est plus de même aujourd'hui ; l'expérience éclairée de plusieurs médecins appartenant, soit à notre médecine navale, dont la réforme ne nous semble pas si urgente que quelques esprits mécontents se plaisent à le dire, soit à notre médecine militaire proprement dite, l'expérience éclairée d'une pléiade d'hommes distingués, dis-je, a répandu les plus vives lumières sur les maladies climatériques de la glande hépatique. M. le docteur Rouis, qui a la conscience de sa valeur réelle, et qui par là n'est que plus disposé à rendre justice à ceux qui se sont efforcés de creuser le même sillon que lui, se plaît tout d'abord à reconnaître l'importance des services rendus à la science par ses prédécesseurs sur ce point si intéressant de pratique. C'est là une leçon de justice et de prudente humilité qui pourrait profiter à plusieurs inventeurs à la suite, qui ne recrutent des admirateurs de leur gloire pipée que dans la tourbe des hommes dont la science ne s'étend pas au delà de l'horizon borné de leur propre expérience. Mais quel que soit le sentiment de justice qui dirige le savant directeur de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, lorsqu'il fait la part qui revient à chacun dans l'élucubration des questions difficiles que soulève la monographie intéressante à laquelle est consacré

son livre, ce serait une erreur complète que de croire que notre confrère distingué s'est borné à reproduire l'état de la science sur les suppurations endémiques du foie; mêlé d'une manière active, pendant plusieurs années, à nos médecins militaires d'Afrique, il a vu lui-même les choses dont il parle, et on le juge de suite à la netteté des documents qu'il produit, et à la conviction qui éclate à chaque page de son livre, et qu'on ne trouve que dans les observateurs qui ont vu se dérouler sous leurs propres yeux l'enchaînement des faits dont ils retracent l'histoire.

Un aperçu sommaire des aspects divers sous lesquels ceux-ci sont considérés par M. Rouis dans son intéressante monographie, suffira à justifier le témoignage que nous avons cru devoir avant tout exprimer.

De longues pages sont tout d'abord consacrées aux lésions anatomiques qu'entraînent à leur suite les suppurations endémiques du foie. Que de tous côtés on s'efforce aujourd'hui, dans la science, de démontrer que la maladie n'est pas toute dans le traumatisme que l'anatomie constate; c'est là une tendance que nul ne saurait méconnaître, et que moins que beaucoup nous serions porté à blâmer; mais il ne faut pas aller trop loin dans cette utile réaction, sous peine de laisser échapper une grande partie de la vérité. M. Rouis a donc eu raison de s'appesantir sur les détails qui se lient à ce point de vue de la question qu'il s'est proposé de résoudre : et nous le féliciterons d'autant plus de n'avoir pas reculé devant tous ces détails du traumatisme anatomique dans les suppurations qu'il étudie, que cette question même est plus neuve dans la science, et montre, sous des aspects plus saisissants et plus originaux, l'évolution progressive du mal dont il s'agit de retracer l'histoire. Nous nous contenterons de cette indication générale, en ce qui a trait à des détails dans lesquels il nous est impossible d'entrer dans cette sommaire notice.

Ce côté si important de l'histoire des suppurations hépatiques étant ainsi largement exploré, l'auteur passe ensuite à l'exposition méthodique des symptômes par lesquels se traduisent ces suppurations, et de la marche souvent singulière que ceux-ci suivent dans leur successive évolution. Nous recommandons, sous ce rapport, l'étude fort intéressante à laquelle le médecin de Strasbourg se livre sur la migration du pus, et les voies diverses qu'il suit pour sortir de l'économie. Avant l'ouvrage de M. Rouis, on savait certainement beaucoup de ces choses, mais assurément on ne les savait pas aussi bien qu'il les enseigne. Parcourez à ce point de vue les ouvrages

où sont consignées les données les plus sûres sur ce point de pathologie, vous n'y trouverez que quelques faits rares, ou bien ces faits manquent de précision, et les auteurs ont dû substituer aux enseignements directs de la nature, qui ne trompent pas, les conjectures de l'esprit, qui passent souvent à côté de la vérité. Frerichs lui-même, qui a écrit hier une excellente monographie des maladies du foie, dont nous avons rendu compte ici même, Frerichs est bien moins riche en faits de cet ordre que l'ouvrage du médecin de Strasbourg. Après avoir lu l'un, on pourra lire l'autre, et cette lecture agrandira encore à coup sûr le champ de la science positive à laquelle doit aspirer tout médecin qui veut se tenir à la hauteur de sa mission.

Plus sont complexes et multiples dans leurs formes mobiles les suppurations hépatiques, et plus le diagnostic qui doit les préciser aux yeux de l'esprit est difficile, ardu ; et c'est faire une chose utile, après avoir tracé l'histoire de ces symptômes, de reprendre celle-ci pour en faire sortir un enseignement diagnostique lumineux, certain. C'est de l'histoire naturelle, et de l'histoire naturelle peu gaie que nous faisons d'abord, et ce ne devient de la médecine proprement dite que quand, reprenant ces symptômes, et les suivant dans leurs nuances délicates, nous en faisons jaillir par le raisonnement une notion qui nous montre la maladie dans sa réalité, dans sa spécificité, si l'on veut nous permettre ce mot, qui la met à la portée de l'art.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre notre savant et lumineux auteur dans les recherches auxquelles il se livre pour saisir les influences multiples sous l'empire desquelles se développent les suppurations endémiques du foie. Qu'il nous suffise à cet égard de dire que l'auteur démontre de la manière la plus victorieuse que, dans le milieu où il observa, les causes les plus énergiques sont la dyssenterie, l'impaludisme, les fatigues, les abus alcooliques auxquels une chaleur élevée donne toute leur puissance perturbatrice. On avait fait, à propos de l'étiologie de la maladie dont nous parlons en ce moment, une singulière remarque, c'est que les femmes y sont infiniment moins sujettes que les hommes. Il n'y a là aucune immunité réelle, ainsi que le montre parfaitement M. Ronis, il n'y a qu'une immunité apparente. Citons à cet égard l'auteur, le sujet en vaut la peine. « Les abcès du foie, dit-il quelque part, sont très-rares chez les sujets qui appartiennent au sexe féminin. En effet, sur un relevé comprenant 258 individus, le nombre des femmes se réduit à 8. Cette particularité rappelle la proportion suivant laquelle la dyssenterie frappe respectivement les deux sexes ; et comme pour

celle-ci, il n'est qu'une circonstance de nature à fournir une explication, c'est que le plus grand nombre des femmes échappent aux dures privations, aux fortes fatigues, et ne commettent pas, au moins à un si haut degré, les excès habituels au sexe masculin. Telle est la probabilité de cette raison, que dans tous les cas où les femmes s'exposent aux influences qui viennent d'être indiquées, elles ressentent au même degré que les hommes le poids des diverses endémies. Or, des 8 femmes signalées sur nos listes, l'une, outre qu'elle était cantinière d'un régiment en campagne, s'adonnait à l'ivrognerie ; et les sept autres, accablées par la misère, consumaient leur vie dans de pénibles labeurs. Par inverse, les hommes dont l'existence est calme, paisible, régulière, offrent bien rarement l'exemple d'une suppuration du foie. » Voilà un enseignement positif, qu'il ne faut pas oublier ; il est la traduction exacte d'un fait incontestable.

Nous voudrions parler maintenant avec l'auteur du traitement des suppurations endémiques du foie ; nous voudrions également le suivre dans les observations aussi neuves qu'intéressantes qu'il a discrètement rapportées dans son ouvrage, et où vit le tableau qu'il vient de tracer avec toutes les nuances de la vérité concrète ; mais l'espace et le temps nous manquent tout ensemble, et nous ne pouvons que marquer ici la place de cette partie du travail remarquable de notre distingué confrère.

En résumé, l'ouvrage de M. le docteur Rouis est un livre marqué du triple cachet de l'exactitude, de la sagacité et de la prudence, et il restera certainement dans la science, quand beaucoup d'autres ouvrages, infiniment plus ambitieux, se seront depuis longtemps évanouis comme un rêve dans l'esprit des hommes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observations témoignant des bons effets de la compression dans le traitement du relachement pathologique des symphyses du bassin. — La seule expérimentation de la ceinture de M. Ferd. Martin dont nous ayons été témoin dans nos hôpitaux, remonte déjà à plus de dix années. Voici sur ce fait la note que nous a remise M. Félix Courot, interne du service à cette époque.

Obs. I. *Relâchement des symphyses du bassin consécutif à une fausse couche, rendant la marche impossible et la station très-pénible. — Emploi d'une ceinture rigide. — Guérison rapide.* — La

nommée Al. Bourgeois, âgée de trente-cinq ans, femme de ménage, entre dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, le 15 novembre 1852. Cette malade, de taille moyenne, paraît douée d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin ; elle s'est toujours bien portée. N'oublions pas, au point de vue de l'étiologie, de noter que cette femme exerce une profession qui l'oblige à être constamment debout et à porter des fardeaux parfois pesants.

Cette malade a eu quatre enfants, le premier à l'âge de vingt-six ans, le dernier à trente-quatre. Tous ses accouchements ont été, nous dit-elle, extrêmement rapides et heureux.

Il y a environ sept mois elle devint enceinte de nouveau, et, vers le troisième mois de grossesse, elle commença à éprouver des lassitudes dans les reins, des tiraillements dans le bassin, à tel point qu'il lui fut très-difficile de faire son ouvrage ; mais à mesure que la grossesse avançait, les accidents mentionnés se prononcèrent davantage; enfin, quatre semaines avant sa fausse couche, qui eut lieu il y a environ vingt jours, il survint une hémorrhagie qui ne cessa que lorsqu'elle eut expulsé un fœtus de six mois.

Trois jours après l'accouchement prématuré, elle se lève, fait un effort pour lever une marmite et ressent tout à coup une douleur violente : 1° au niveau de la symphyse pubienne ; 2° au niveau des articulatiens sacro-coxales (elle indique très-nettement le lieu qu'occupent ces articulations). Après cet accident, elle ne put retourner à son lit, et, depuis, elle n'a pu marcher : bien plus, il lui est impossible de se coucher autrement que sur le dos.

Depuis qu'elle est à l'hôpital, j'ai cherché à constater la mobilité des os coxaux, en essayant de leur imprimer des mouvements en sens inverse ; je n'ai pu rien remarquer. Toujours dans le but de constater la mobilité des os coxaux, j'ai fait lever la malade, et ayant introduit dans le vagin l'index, dont la face palmaire était dirigée en haut, appliquée sur l'urètre, et, par suite immédiatement au-dessous de la symphyse pubienne, j'ai ordonné à la malade de s'appuyer successivement sur la jambe droite et sur la jambe gauche, et je n'ai pu noter aucune mobilité.

Depuis l'accouchement, il ne s'est manifesté aucun trouble dans les fonctions des organes pelviens ; la miction, la défécation s'accomplissent très-bien.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est dans sa position normale, le col utérin surtout est bien dans la direction de l'axe du bassin ; peut-être le corps est-il un peu renversé en arrière ; il y aurait donc une légère rétroflexion.

Déjà, le 27 novembre, elle dit souffrir infiniment moins que lors de son entrée, mais la marche est toujours impossible et la station fort pénible.

Le 28 novembre, M. Ferd. Martin a la bonté de procurer à la malade un bandage circulaire assez analogue à un bandage herniaire auquel on aurait enlevé la pelote. Il applique lui-même l'instrument autour du bassin, c'est-à-dire en dehors des os coxaux, presque immédiatement au-dessous de la crête de l'os des iles.

A partir de ce jour, la femme Bourgeois a vu diminuer rapide-

ment les douleurs qu'elle éprouvait lors de la station debout, puis bientôt elle a pu marcher avec facilité. Aussi elle quitte l'hôpital Beaujon parfaitement guérie.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette femme deux années environ après sa sortie, et la cure se maintenait. Elle avait conservé sa ceinture pendant quatre mois, à cause de ses rudes travaux.

Le fait suivant nous a été communiqué par M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon.

Obs. II. *Relâchement de la symphyse sacro-iliaque gauche. — Emploi de la compression.— Guérison.* — Mme M***, de forte constitution, d'une santé florissante, n'ayant jamais eu que les maladies ordinaires à l'enfance, fièvres éruptives et coqueluche, réglée à la minute depuis l'âge de treize ans, tous les vingt-six jours, accouchée pour la première fois au mois de mai 1850 d'un enfant bien constitué, très-grand, mais maigre et ayant la tête d'un volume très-ordinaire. L'accouchement fut assez facile ; le travail, commencé à dix heures et demie du soir, était terminé à cinq heures du matin, après des douleurs extrêmement violentes et des efforts d'expulsion d'une effrayante énergie.

Les suites des couches furent satisfaisantes ; rien ne vint entraver la convalescence, tant que la malade resta au lit ; levée le vingtième jour, elle ressent, en posant le pied à terre, une douleur assez vive au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche ; pendant quinze jours la malade ne fait que quelques pas pour aller de son lit à sa chaise longue ; puis, les douleurs diminuant, Mme M*** fait quelques promenades dans son appartement ; mais au bout de peu de jours les douleurs devinrent de plus en plus vives, la malade accusait au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche une douleur qu'elle comparait à un grand nombre d'aiguilles qui lui entreraient dans les chairs, et lorsqu'elle s'appuyait sur la jambe gauche, elle ressentait une grande faiblesse de ce membre, et en même temps (suivant sa propre expression), comme une *dislocation* du bassin, comme si dans ces mouvements une partie du bassin se fût abaissée pendant que l'autre s'élevait, et en même temps existait une sensation de frottement de deux surfaces osseuses l'une contre l'autre.

Mme M*** dut reprendre le lit et rester dans l'immobilité. Sur ces entrefaites, Cazeaux, de regrettable mémoire, me parla de la ceinture de M. Ferdinand Martin, appropriée à ces relâchements des symphyses du bassin. Je m'empressai de me rendre compte de la construction de cette ceinture, de son mode d'action, et convaincu qu'elle pouvait être utile, je m'entendis avec M. Ferdinand Martin, qui apporta un grand soin dans sa confection.

Lorsque la ceinture fut faite, Mme M*** était retenue au lit depuis un mois ; elle ne pouvait poser le pied par terre sans éprouver des douleurs tellement vives, qu'elle en poussait des cris ; sa santé générale s'était maintenue très-bonne.

La ceinture étant appliquée et convenablement serrée, la malade se trouve très-gênée par la compression qu'elle éprouve autour du

bassin; mais je dois dire, pour n'y plus revenir, que cette gêne disparut très-rapidement, que l'habitude en fut bientôt prise. Toujours est-il que la ceinture étant appliquée, Mme M***, invitée à descendre de son lit, put se tenir droite et se poser sur le pied gauche sans éprouver de douleurs très-vives, mais elle ne peut encore marcher; elle dut rester assise pendant quelque temps. Les jours suivants, la malade s'habitue à la compression de la ceinture, qu'elle place elle-même et qu'elle serre davantage de son propre mouvement. Tous les jours elle fait des progrès dans la marche, et, au bout de dix jours, elle peut descendre son escalier et sortir en voiture; tout cela ne se fit pas sans douleur, mais au moins sans cette sensation de dislocation si pénible. A partir de ce moment, la marche fait des progrès, mais Mme M*** sent tellement l'utilité de sa ceinture, qu'elle ne descend jamais de son lit sans l'avoir posée, et elle apprend instinctivement à serrer la ceinture plus ou moins fort, suivant qu'elle veut faire des courses plus ou moins longues.

Au moment où Mme M*** se félicitait le plus de sa marche, la ceinture vint à casser; la patiente voulut s'en passer momentanément, mais il lui fut impossible de rester debout sans éprouver des douleurs tellement vives, qu'elle dut reprendre le lit, en attendant que son appareil contentif fût réparé.

Sur ces entrefaites, Mme M*** devint enceinte pour la deuxième fois; elle porta sa ceinture pendant tout le cours de sa grossesse; elle continua à marcher assez librement, et accoucha à terme sans accidents; je la fis rester au lit pendant vingt-cinq jours, et je lui fis porter sa ceinture pendant trois mois à partir du moment où elle commença à se lever; au bout de ce temps, elle put abandonner la ceinture dans tous les actes ordinaires de la vie; mais elle sentit encore pendant plusieurs mois la nécessité de la porter, toutes les fois qu'elle devait faire une grande course.

Depuis cette époque, 1851, Mme M*** eut une troisième grossesse sans retour des accidents d'une manière tant soit peu notable. Cependant, aujourd'hui encore, de temps en temps, au moment des règles, elle éprouve de la gêne et même un peu de douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, mais tout cela est momentané et se reproduit au plus deux ou trois fois par an pendant deux ou trois jours. Depuis la fin de l'année 1851, Mme M*** a cessé complétement de faire usage de sa ceinture; elle ne l'a même pas portée après son troisième accouchement.

Nous publierons une troisième observation au Bulletin des hôpitaux de notre prochaine livraison.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Résultats de l'expérimentation et du traitement palliatif comparés à ceux de l'extirpation de l'ovaire dans les maladies de cet organe. Il est certains hommes qui, dès qu'ils

arrivent à l'âge où ils ne peuvent plus se mêler au mouvement de la science, et le diriger, placent leur ambition à lui faire obstacle et à se mettre en travers des progrès les moins contestables de la pratique. M. Robert Lee nous paraît être un type de ces esprits malheureux. Il y a peu d'années encore, alors que notre distingué confrère M. Henri Bennett tentait d'introduire dans la pratique anglaise l'usage du spéculum, instrument qu'on négligeait à ce point, qu'en 1851 nous avons entendu un des chirurgiens des hôpitaux de Londres, chef d'un service consacré aux maladies vénériennes, avouer, en présence de M. Velpeau, qu'il ne s'en était jamais servi, M Robert Lee, dis-je, est venu lire à la Société royale de Londres un mémoire sur l'immoralité et l'inutilité de ce moyen de diagnostic pour le traitement des maladies de l'utérus.

Aujourd'hui c'est contre l'ovariotomie, cette nouvelle conquête chirurgicale de notre époque, que vient s'élever M. Robert Lee. Au lieu de réfuter le nouveau réquisitoire que ce chirurgien est venu prononcer devant la Société royale de Londres, nous préférons, à l'exemple de M. L. Lefort, aller puiser dans ses œuvres même les résultats du traitement qu'il vient défendre, afin de les mettre en balance avec ceux donnés par l'extirpation de l'ovaire qu'il ne voudrait pas voir introduire dans la pratique de son pays.

Dans le compte rendu clinique des maladies de l'ovaire publié par ce chirurgien (*Clinical Reports on Diseases of the ovaries*), nous voyons que sur 44 cas, dans lesquels l'ovariotomie aurait pu être indiquée. 32 fois la mort est survenue, malgré l'emploi d'un traitement palliatif (ponctions, etc), 1 fois le résultat est douteux, 1 fois la mort est simplement mentionnée, 2 malades étaient données comme mourantes, une autre arrivait à une terminaison fatale de la maladie.

D'autre part, une guérison après la ponction se maintenait encore après vingt-six ans; dans un autre cas, la maladie avait fait peu de progrès après trois ans, dans deux derniers, les femmes vivaient encore après le même laps de temps. Enfin, il y avait eu deux morts à la suite do l'extirpation de l'ovaire, et une après une incision exploratrice.

Ainsi, l'abstention avait donné 30 décès sur 44 malades, c'est-à-dire 81 pour 100 de mortalité, même en comptant comme si elles eussent guéri par l'expectation les femmes qui ont succombé à l'opération de l'ovariotomie. La mort, dans ces cas d'abstention, est arrivée dans une moyenne de vingt mois.

A ces résultats fournis par le traitement palliatif, M. Spencer Wells, chirurgien du Samaritain hospital, oppose la statistique *complète* des ovariotomies qu'il a tentées. Sur cinquante extirpations qu'il a pratiquées, trente-trois femmes ont guéri et dix-sept sont mortes. La mortalité n'a donc été que de 34 pour 100. Nous pouvons ajouter à ces chiffres ceux fournis par M. Baker-Brown : 31 ovariotomies : 21 guérisons, 10 morts, ou 32 pour 100.

Est-ce que de tels résultats ne suffisent pas pour légitimer l'intervention de la chirurgie active dans le traitement de certaines maladies des ovaires? Car, il ne faut pas craindre de le répéter, l'extirpation n'est pas le traitement normal des kystes de cet organe, c'est une ressource extrême, exceptionnelle, ayant ses indications spéciales. Préciser celles-ci, ainsi que les procédés opératoires qui doivent assurer le succès, doit être le but de tous les chirurgiens qui ont réellement à cœur les progrès de leur art. (*Med. Times* et *Gaz. hebd.*, décembre 1862.)

Bons effets de l'emploi simultané du perchlorure de fer et du seigle ergoté dans l'albuminurie. Les agents toniques, tant analeptiques qu'astringents, ont été employés avec succès dans l'albuminurie. De ces agents, les premiers sont certainement indiqués pour remédier à la débilitation liée à ce phénomène morbide, et l'essai des autres était motivé par des vues théoriques, dont les effets observés semblent démontrer la justesse. C'est à ce double titre de reconstituants et d'astringents, que des praticiens recommandables, M. le docteur Socquet, le premier, puis M. le docteur Chatin, tous deux médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ont expérimenté le perchlorure de fer et le seigle ergoté contre la déperdition de l'albumine du sang par les urines, et les résultats qu'ils ont obtenus méritent de fixer l'attention.

M le docteur Perroud, médecin du même hôpital, dans un rapport très-bien fait et très intéressant lu à la Société des Sciences médicales de Lyon, rendant compte d'un mémoire de M. le docteur Hugues sur l'emploi

des médicaments en question *dans les diverses maladies où l'on trouve de l'albumine dans l'urine*, analyse ainsi les observations, au nombre de quatre, colligées par M. Hugues dans les services de MM. Socquet et Chatin.

Dans ces cas, il s'agit d'hommes de pauvre constitution, affaiblis par de mauvaises conditions hygiéniques antérieures : nourriture insuffisante, habitation dans des endroits humides et mal aérés, etc. A leur entrée à l'hôpital la maladie datait de deux à sept mois, et avait déjà occasionné une profonde débilitation de l'économie ; une fois, le début du mal s'était fait avec de la fièvre et de vives douleurs dans les lombes L'hydropisie, dans tous les cas, d'abord bornée à la face, avait successivement envahi les membres et le péritoine. L'urine était pâle, inodore, et contenait de grandes quantités d'albumine précipitée par l'acide azotique et soluble dans un excès de réactif ; dans un cas, l'examen microscopique y avait fait constater la présence de débris de l'épithélium rénal. Du côté des centres nerveux, on constata, chez deux de ces sujets, seulement un peu de céphalalgie.

Immédiatement après leur entrée à l'Hôtel-Dieu, tous ces malades avaient été soumis aux sudorifiques, aux diurétiques alcalins, à l'uva ursi, à la digitale (une fois), etc., et le traitement, continué dans ces voies pendant douze à quinze jours, non-seulement n'avait eu aucun effet heureux, mais même ne s'était pas opposé à la marche progressive de la maladie.

Ce fut dans de telles conditions qu'on administra le seigle ergoté et le perchlorure de fer. On les donna à doses progressives, en débutant par 20 gouttes de perchlorure à prendre dans une tisane, et 50 centigrammes de seigle ergoté dans une potion simple. Tous les deux ou trois jours ces doses furent augmentées méthodiquement et portées successivement, en vingt-quatre heures, à 30, 40, 50, 60, 70 gouttes de perchlorure, et à 75 centigrammes, 1 gramme et jusqu'à 3 grammes de seigle ergoté ; ces doses extrêmes ne furent jamais dépassées.

Sous l'influence de ce traitement, l'albumine commença à diminuer rapidement dans les urines : en dix jours elle disparut complétement ; dix jours après, les diverses suffusions séreuses avaient disparu elles-mêmes.

Dans une des observations, le traitement ayant été suspendu un peu trop tôt, l'albumine se montra de nouveau dans les urines. Pour juger comparativement de l'effet du perchlorure de fer et de celui du seigle ergoté, et pour connaître la part qui revient à chacun d'eux dans le résultat obtenu, on administra le perchlorure seul ; l'albumine diminua, mais cette diminution, d'abord assez prompte, n'arriva à se faire que très-lentement. Le seigle ergoté, ajouté à la prescription, hâta la guérison : quatre jours après son administration, il n'y avait plus d'albumine dans l'urine.

Ces faits sont intéressants et instructifs. Il est permis d'en conclure que, dans certains cas du moins (dans ceux cités ici, il s'agit de la maladie de Bright à forme chronique), le seigle ergoté, uni au perchlorure de fer, a une action très-puissante contre l'albuminurie et les diverses suffusions séreuses des albuminuriques. M. Perroud a soin de faire remarquer, et nous partageons sa manière de voir, que ces médicaments agissent contre l'*albuminurie*, qu'ils constituent le traitement d'un symptôme plutôt que le traitement d'une maladie, qu'ils ne dispensent donc pas de l'emploi concomitant des moyens propres à combattre l'affection qui tient l'albuminurie sous dépendance, sans quoi ils ne sont qu'un palliatif, important sans doute, mais insuffisant. (*Compte rendu de la Soc des Sc. méd.* et *Gaz. méd. de Lyon*, oct. et nov. 1862.)

Traitement de la scarlatine par les lotions et les affusions froides. Bien que les faits de guérison de scarlatine grave à la suite des affusions froides ne soient plus rares en Angleterre et même en France, cette pratique n'étant pas encore, si je puis dire, dans nos mœurs, a besoin d'être encouragée par des exemples. C'est dans ce but que M. le docteur Seux publie trois observations remarquables, dans lesquelles les malades furent soumis avec succès aux lotions, aux affusions froides. Dans la première observation, la scarlatine présentait une gravité extrême provenant d'une complication puerpérale ; dans les deux autres, des accidents cérébraux ou de malignité donnaient peu d'espoir de guérison. L'auteur déduit de ces trois faits d'importants corollaires, qu'il résume de la manière suivante :

1° L'exposition momentanée des scarlatineux à l'air, et l'application du froid, faites d'après certaines règles, sur la peau de ces malades, ne sont

pas nuisibles, comme le croit le vulgaire; il est, au contraire, incontestable que cette pratique offre de nombreux avantages.

2° L'association de la scarlatine et de l'état puerpéral constitue un des cas les plus graves qu'on puisse rencontrer; mais la puerpéralité n'est pas un obstacle à l'emploi des affusions froides; les observations de guérisons de péritonites puerpérales, de métrites, etc., obtenues par M. le docteur Béhier au moyen de l'application de l'eau froide sur le ventre, et communiquées naguère à l'Académie de médecine, viennent corroborer mon opinion.

3° Lorsque le délire est produit par l'intensité de l'éruption, il faut chercher à modérer celle ci; le meilleur moyen pour atteindre ce but est de pratiquer sur toute la surface du corps des lotions froides qui agissent dans ce cas par leur action éminemment sédative.

4° Ces mêmes lotions, et surtout les affusions, fluxionnent la peau d'une manière favorable par la réaction qui suit leur emploi; elles sont indiquées lorsque la scarlatine sort avec difficulté, spécialement quand le délire annonce le trouble profond dans lequel l'économie entière est jetée par l'affection scarlatineuse, qui, passez-moi l'expression, ne trouve plus sa route. Dans ce cas, les affusions froides régularisent les mouvements qui doivent se faire du centre à la périphérie.

5° Les simples lotions, à 25 degrés centigrades, faites très-rapidement, conviennent surtout lorsqu'on veut produire un effet simplement sédatif; après leur emploi, la peau, de brûlante et sèche qu'elle était, perd de sa chaleur et devient moite; le pouls baisse de dix, vingt pulsations et même davantage; le délire se calme.

6° Il faut préférer les affusions faites au moyen de deux, trois ou quatre seaux d'eau à 18 ou 20 degrés, jetés rapidement sur le corps, lorsqu'on veut obtenir une réaction marquée sur la peau. Dans ce cas, celle-ci rougit d'une manière manifeste après chaque affusion, la sueur s'établit, et le calme reparait peu à peu, si on a le soin de revenir au même moyen au bout de quelques heures.

7° Sous l'influence des lotions fraîches, et surtout sous celle des affusions froides l'éruption ne perd rien de son intensité; si ces diverses opérations sont faites avec intelligence, comme je viens de le dire, le contraire a lieu.

8° La desquamation se fait à la suite de ce traitement avec la même régularité que dans la scarlatine la plus normale.

Employées avec la prudence qu'exige le maniement de toute arme à deux tranchants, les affusions froides sont appelées à rendre de grands services dans le traitement des scarlatines accompagnées d'accidents nerveux graves. (*Bulletin des travaux de la Soc. de méd. de Marseille*, 1862.)

Réduction d'une hernie inguinale étranglée, par la bande de caoutchouc. M. le docteur Wannebroucq a réduit, par l'application de la bande de caoutchouc, une hernie étranglée depuis quatorze heures, sur laquelle les tentatives ordinaires du taxis avaient échoué. Deux tours de bande ayant été faits autour du bassin, on enroula en serrant avec une force moyenne la base du scrotum avec la verge, et on fit un premier tour de bande qui détermina un pédicule; sur ce premier tour, obliquement en bas, on appliqua plusieurs autres tours; la pression occasionnée par l'élasticité de cette bande étant assez forte pour faire changer la forme globuleuse de la hernie en un gros boudin allongé; arrivé au bout, on fit remonter la bande le long du scrotum en serrant toujours, puis redescendre en accumulant les tours de bande et en même temps la pression concentrique produite par l'élasticité du caoutchouc. Lorsqu'on fut aux deux tiers de la bande, la hernie se réduisit avec un bruit de gargouillement. Ce procédé, que M. Després a appliqué le premier, n'a jusqu'à présent encore été décrit nulle part. Ce n'est autre chose qu'une modification du taxis méthodique s'exerçant sur une surface plus grande et avec une force continue; on ne l'a encore appliquée qu'à la hernie inguinale.

Il y a quelques mois, notre confrère a réduit, par le même procédé, une hernie inguinale étranglée chez un jeune enfant de deux ans. Il est rare, ajoute-t-il, qu'à cet âge la hernie s'étrangle; il n'a employé la bande de caoutchouc qu'après avoir inutilement tenté le taxis ordinaire pendant un temps assez long; il n'y avait aucun doute sur la réalité de l'étranglement. (*Société centrale de médecine du Nord*, novembre 1862.)

REVUE DES JOURNAUX.

Amaurose diphthéritique à la suite du croup chez un adulte Guérison Le croup chez l'adulte n'a pas toujours la gravité qu'il présente généralement chez l'enfant, soit qu'il y ait plus de résistance à l'action de l'élément diphthéritique, soit que le calibre plus grand des voies aériennes rende le séjour des fausses membranes moins dangereux et leur expulsion plus facile. C'est ce que démontre le fait suivant rapporté par M. le docteur Bonvin, de Sion, fait qui offre en outre un intérêt particulier comme exemple d'amaurose diphthéritique.

Un jeune homme de vingt ans entre à l'hôpital de Sion, le 11 décembre, avec tous les symptômes d'un croup bien confirmé et accusé par la gêne de la respiration, des accès de toux suffocants avec inspiration sifflante et expulsion après chaque quinte de fausses membranes parfaitement caractérisées. Des vomitifs répétés, en favorisant l'expulsion des fausses membranes, amènent en peu de jours un amendement notable dans l'état du malade. Mais bientôt se manifestent de nouveaux symptômes, difficulté extrême de la déglutition et régurgitation des liquides, indiquant une paralysie du voile du palais, symptômes qui se dissipent bientôt à leur tour. Vers le quinzième jour le malade était en pleine convalescence; il sort le vingtième jour (le 1er janvier) de l'hôpital, ne conservant de sa maladie qu'un reste d'enrouement. Mais douze jours après (le 12 janvier), il va revoir M. Bonvin, se plaignant de ne pouvoir plus travailler, à cause d'une faiblesse excessive de la vue. Les objets lui paraissent troubles quand il a travaillé une demi-heure, et il ne peut plus lire les caractères ordinaires. L'œil droit est beaucoup plus affecté que l'œil gauche; il ne peut distinguer la couleur des objets avec l'œil droit. — L'examen des yeux n'offre rien de particulier, sauf que les globes oculaires paraissent un peu plus saillants. La pupille est contractile Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

M. Bonvin prescrit un purgatif, deux mouches de Milan derrière les oreilles, et le surlendemain un régime fortifiant avec 0gr.,40 de fer, et un vésicatoire à la nuque.

Le 17, on lui fait porter des conserves vertes; il dit qu'il voit un peu mieux.

Le 21, le malade distingue les gros caractères d'imprimerie; la vue est devenue égale dans les deux yeux; elle est meilleure de loin que de près (presbytie) : 0gr.,50 fer.

Le 23, l'amélioration ne marchant pas assez rapidement, M. Bonvin donne la strychnine en même temps que le fer, selon la méthode du docteur Tillier.

Strychnine	0gr ,05
Eau distillée.........	180 00
Acide acétique.......	5 gouttes.
Sirop................	60 00

A prendre une cuillerée par jour; cela représente environ 2 milligrammes et demi de strychnine.

Le 26, une cuillerée et demie de la potion, plus 0gr.50 fer.

Le 30, deux cuillerées de la solution de strychnine, plus 0gr.,50 fer.

Le 3 février, l'amélioration de la vue continue, mais le malade ne peut pas encore lire : 0gr.,50 fer, deux cuillerées et demie de la solution de strychnine, qui représentent 6 milligrammes.

Le 7, la vue s'améliore d'une manière très-sensible; le malade quitte l'hôpital. M Bonvin lui conseille de continuer le fer et la strychnine pendant huit jours encore.

Le 23, le malade est revu : sa voix est revenue presque entièrement et sa vue aussi; il travaille de son état, peut lire et ne ressent qu'une légère faiblesse dans les yeux lorsqu'il lit un peu longtemps.

En avril, les yeux étaient parfaitement sains, mais la voix n'avait pas encore son timbre normal.

Il est peut-être difficile d'assigner auquel des éléments de cette médication complexe doit revenir l'honneur de la guérison Nous sommes tout disposé, pour notre part, à en faire honneur à l'ensemble même de ces moyens. Cependant, si l'on tient compte de la rapidité avec laquelle la guérison s'est établie, à dater du moment où a été administrée la strychnine unie au fer, alors que celui-ci administré seul n'avait produit jusque-là qu'une amélioration très-lente, on est disposé à croire que c'est surtout à l'emploi de la méthode de M. Tillier qu'il faut rapporter la guérison. (*Gaz. des Hôpit.* décembre 1862.)

Fâcheux effets du prolapsus de la luette M. Tuffnell signale surtout les conséquences, qu'il a souvent observées, de ce prolapsus à l'état chronique. Tantôt c'est une toux habituelle avec paroxysmes acci-

dentels; tantôt une dyspnée soudaine avec menace de suffocation; parfois il se produit, surtout le matin, une nausée qui, si l'on n'y porte remède, engendre peu à peu l habitude de vomir presque aussitôt après le repas. Une quatrième classe de malades sont tourmentés par un trouble nocturne, semblable au cauchemar, sous le coup duquel leur santé décline quelquefois rapidement. L'auteur décrit avec une fidélité frappante ces accès, qui réveillent subitement trois ou quatre fois par nuit le malheureux, tant que sa maladie est méconnue.

Outre ces incommodités, le malade éprouve un besoin d'expuition continuel, qui est encore augmenté par la presence des mucosités plus abondantes que sécrète la membrane muqueuse irritée de cette région.

L'excision de la partie proéminente est le seul et le vrai remède à ces diverses incommodités. Mais il faut veiller autant à ne pas retrancher trop qu'à retrancher trop peu, car la luette n'est rien moins qu'un organe inutile. Elle sert au contraire efficacement à la déglutition.

Il conseille aussi, et avec raison, de préférer, pour cette excision, un instrument spécial, tel que celui imaginé par M. Carte en 1841; c'est une paire de ciseaux portant au-dessus d'eux une pince qui saisit le tronçon coupé. Grâce à cette addition, l'on n'a pas à craindre de voir ce tronçon tomber dans le pharynx. Mais elle fournit encore une autre garantie; elle donne seule au chirurgien la certitude qu'il pourra terminer l'opération. On n'en est en effet jamais bien sûr lorsqu'on se sert des ciseaux ordinaires. M. Tuffnell cite à ce sujet l'histoire d'un chirurgien qui, ayant dû agir par surprise sur un client très-pusillanime, ne put, du premier coup, sectionner la luette qu'à moitié, et fut obligé d'attendre une demi-heure avant d'avoir décidé son malade à laisser compléter l'opération. (*The Dublin quart. journ.* et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1865.)

Du biscuit d'amandes douces comme aliment des diabétiques. Dans un long chapitre consacré à l'alimentation des diabétiques, un médecin anglais, le docteur Pavy, vient proposer de substituer au pain de gluten, qui est généralement adopté en France, un biscuit d'amandes, dont nous allons faire connaître la composition.

Le principal inconvénient du pain de gluten, dans la pensée de M. Pavy, c'est qu'il renferme encore une notable proportion d'amidon, et c'est pour ce motif que l'auteur a cru devoir remplacer les graines des céréales par des semences qui, parfaitement exemptes de principes délétères, renfermeraient de l'huile au lieu d'amidon. Son choix s'arrêta sur les amandes douces, dont nous allons rappeler la composition chimique.

Selon Boullay, qui a analysé les amandes douces, 100 gammes de ces semences seraient formées de : eau, 3,5; pellicules extérieures contenant un principe astringent, 5; huile, 54; albumine jouissant de toutes les propriétés de l'albumine animale, 24; sucre liquide, 6; gomme, 3; partie fibreuse, 4; perte et acide acétique, 0gr, 5. Ces résultats, fournis par la chimie, démontrent l'absence complète de principes dangereux dans l'amande douce, mais ils y révèlent la presence de 6 pour 100 de sucre qu'il faut faire disparaître. Le procédé que l'auteur recommande dans ce but, consiste à verser sur les amandes réduites en poudre de l'eau bouillante légèrement acidulée par l'acide tartrique. En effet, par ce moyen, on coagule l'albumine, on s'oppose par suite à l'émulsion de l'huile, et dans l'eau de lavage qui reste limpide, on entraîne la totalité du sucre. Quand l'amande douce est ainsi préparée, grâce aux 24 pour 100 de matière azotée qu'elle renferme, elle jouit de propriétés nutritives incontestables, et ses 54 pour 100 d'huile sont destinés à remplacer l'amidon des céréales, dont l'usage est interdit aux diabétiques.

Ceci posé, pour obtenir avec les amandes douces un aliment qui se rapproche le plus possible de ceux qu'on prépare avec les céréales, M. Pavy conseille de les mélanger avec des œufs en proportion convenable. Après des essais persévérants et reitérés, il a réussi à faire préparer des biscottes et différentes formes de biscuit susceptibles d'une longue conservation, et qui, n'étant composées que d'œufs et d'amandes douces blanchies, réduites en poudre et lavées avec soin, offrent au diabétique un aliment irréprochable au point de vue de la production du sucre. Or, le nombre des mets dont les malades affectés de glucosurie peuvent impunément faire usage est tellement restreint, qu'on sera heureux de pouvoir y joindre les biscuits d'amandes, à la préparation

desquels on apportera certainement avec le temps des perfectionnements très-sensibles.

Cautérisation des hémorrhoïdes internes avec l'acide azotique monohydraté. Dans le double but de combattre les effets du prolapsus des hémorrhoïdes internes, les douleurs résultant de l'étranglement, les hémorrhagies et les fissures dont elles s'accompagnent souvent, M. le professeur Gosselin a recours à la cautérisation par l'acide azotique monohydraté. Il a été conduit à préférer ce traitement, après avoir constaté par sa propre expérience les inconvénients de la cautérisation avec le fer rouge et de l'écrasement linéaire. M. Gosselin part de ces principes, que, d'une part il est inutile, dans les cas de ce genre de toucher les hémorrhoïdes internes, et que, d'autre part, le chirurgien doit s'efforcer d'arriver, sans trop de douleurs et sans accidents, au résultat que donne quelquefois spontanément l'étranglement consécutif à certains cas de prolapsus. En pareil cas, en effet, on voit au bout de quelques jours, des escarres se détacher, les hémorrhoïdes rentrer peu à peu, en se cicatrisant, et le malade est débarrassé tant par cette destruction que par la présence du tissu cicatriciel, du prolapsus et de tous les accidents qu'il occasionnait. L'attouchement de la surface des hémorrhoïdes internes avec l'acide azotique monohydraté amène, dit M. Gosselin, les mêmes effets, sans phénomènes consécutifs aussi douloureux que ceux qu'on observe à la suite de la cautérisation au fer rouge, et l'on a moins à craindre l'infection purulente qu'après les divers procédés d'excision.

Pour l'exécution, M. Gosselin fait prendre un lavement au malade ; aussitôt que ce lavement est rendu, il trempe un petit pinceau d'amiante dans l'acide azotique monohydraté et touche d'abord la surface excoriée. Puis il retrempe son pinceau dans l'acide et touche de même la surface des autres hémorrhoïdes internes, qu'il laisse ensuite rentrer dans le rectum. L'opération est peu douloureuse, l'inflammation consécutive est peu intense, et les malades sont débarrassés de leur affection sans accident.

Ce procédé se rapproche, comme on le voit, du procédé de cautérisation nitrique en roseau de M. le docteur Hamon de Fresnay, que nous avons exposé il y a quelques années. (*Gaz. des hôpit.*, décembre 1862.)

Extraction linéaire de la cataracte. On sait que dans l'extraction de la cataracte par les procédés ordinaires, on taille un lambeau supérieur ou inférieur, occupant presque la demi-circonférence de la cornée. Il est facile de remarquer que cette opération, quelque bonne qu'elle soit, n'est pas exempte de tout danger, tandis que dans la pupille artificielle, où il suffit de pratiquer une petite section de la cornée, les suites en sont d'une bénignité remarquable. M. Nélaton s'est demandé si l'on ne pourrait pas, dans certaines circonstances, extraire la cataracte par une méthode tout aussi innocente que l'est l'opération de la pupille artificielle. Depuis quelques années déjà, dit-il, un chirurgien anglais, Gipson, après avoir fait la déchirure de la capsule, voyant que la résorption était un peu lente à se produire, eut l'idée de pratiquer une petite ouverture à la cornée et d'extraire les débris cristalliniens. L'extraction linéaire prenait ainsi naissance comme une opération complémentaire de la discision de la cristalloïde ; mais on s'aperçut bientôt qu'une part autrement importante devait lui être réservée. En effet, dans les cas de cataractes molles, traumatiques, diabétiques, albuminuriques, et dans celles qui ont même un petit noyau, l'extraction linéaire est, suivant M. Nélaton, de beaucoup préférable à tous les autres procédés.

Dans la pensée d'étendre le bénéfice de cette méthode aux cas où le noyau central présente un volume un peu considérable, on a encore conseillé l'extraction linéaire, mais alors avec iridectomie, pour éviter tout froissement de l'iris. Voici quel est le procédé opératoire que recommande M. Nélaton.

Le malade doit être dans le décubitus dorsal. Les deux paupières sont maintenues largement ouvertes pendant toute la durée de l'opération à l'aide de deux écarteurs. D'une main, le chirurgien fixe solidement le globe oculaire avec une pince à dents de souris, qui doit saisir non-seulement un pli conjonctival, mais encore le prolongement fibreux du muscle droit interne ; de l'autre, il fait avec un couteau lancéolaire une ponction d'une étendue de 7 à 8 millimètres à la partie externe de la circonférence de la cornée, à 2 millimètres environ de sa jonction avec la sclérotique. Ce premier temps achevé, on ouvre

la capsule, et, engageant alors une petite curette, on la conduit jusqu'à la face postérieure du cristallin, que l'on cherche, par de légers mouvements de bascule en avant à déplacer et à amener au dehors.

M. Desmarres a imaginé, dans le but de simplifier la manœuvre opératoire, un petit instrument qui sert également à la déchirure de la capsule, à l'extraction de la lentille ; c'est une petite curette pourvue d'un crochet qu'on peut rendre saillant ou caché, suivant que l'on pousse ou qu'on lâche la petite pédale. (*Gaz. des hôpitaux*, décembre 1862.)

VARIÉTÉS.

L'Académie des sciences a tenu sa séance solennelle le 29 décembre dernier. Parmi les prix décernés par la savante compagnie, nous devons mentionner les suivants :

Un prix de 2,500 francs à M. Cruveilhier, pour son *Traité d'anatomie pathologique*.

Un prix de 2,000 francs à M. Lebert, pour son *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*.

Un prix de 2,000 francs à M. Frerichs, pour son *Traité des maladies du foie*.

Mention honorable, avec 1,500 francs, à M. Larcher, pour son mémoire intitulé : *Hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse*.

Mention honorable, avec 1,500 francs, à M. Cohn, pour sa *Clinique des affections emboliques*.

Mention honorable, avec 800 francs, à M Dolbeau, pour son *Mémoire sur l'épispadias*.

Mention honorable, avec 800 francs, à M. Luys, pour ses *Recherches sur la structure du système nerveux*.

Le rapport de la Commission des prix signale comme dignes d'intérêt les expériences et les observations nouvelles de M. Ollier sur la reproduction des os du périoste ; l'ouvrage de M. Fonssagrives, intitulé : *Histoire alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires* ; les recherches de M. Bourgeois (d'Etampes) sur les affections charbonneuses.

En outre, l'Académie a accordé une récompense de 2,000 francs à M. le docteur Barailler, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon, pour ses *Recherches sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*.

Parmi les questions proposées en prix, nous reproduisons les suivantes :

Prix de médecine pour l'année 1864. « *Faire l'histoire de la pellagre.* »

Les concurrents devront : 1° Faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique et celles où la pellagre sporadique a été observée, en France et à l'étranger ; 2° poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France, en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarés après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses ; 3° étudier avec le plus grand soin l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (Verdet) ; en un mot, faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connaît présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la valeur de *cinq mille francs*. Les ouvrages écrits en français devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1864.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. « *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.* »

Les concurrents devront : 1° Indiquer les appareils électriques employés ; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques ; 2° rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies et en particulier au traitement des affections du système nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il

convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs*. Les ouvrages écrits en français devront être remis avant le 1er avril 1866.

GRAND PRIX DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1866. « *De la conservation des membres par la conservation du périoste.* »

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de 10,000 francs. Informé de cette décision, et appréciant ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait la somme. Ce prix sera donc de *vingt mille francs*.

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866. Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leurs noms. (*Commissaires :* MM. Velpeau, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Serres, Andral, J. Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens, rapporteur.)

L'Académie de médecine a nommé son bureau pour 1863. Ont été élus *président*, M. Larrey ; *vice-président*, M. Grisolle ; *secrétaire annuel*, M. Béclard.

En prenant place au fauteuil de la présidence, M. Larrey a prononcé une allocution dont nous extrayons le passage suivant :

« Permettez-moi d'alléger tout de suite ma tâche, en faisant remonter à sa véritable source l'origine de vos bienveillants suffrages. J'en rends grâce à la mémoire paternelle, à la mémoire de celui dont le nom, le souvenir et l'image me protégent si bien dans cette enceinte. Les sympathies qu'il a laissées me rappellent les enseignements qu'il m'a transmis. J'en rends grâce au corps de la médecine militaire que vous avez voulu honorer dans la personne de l'un de ses membres ; je vous en remercie cordialement au nom de mes camarades de l'armée, en reportant sur eux une large part de cette insigne distinction..... »

Ce discours a été souvent interrompu par des applaudissements et accueilli avec les marques de la plus vive sympathie.

La Société de chirurgie a renouvelé son bureau pour l'année 1863. Sont nommés : *président*, M. Depaul ; *vice-président*, M. Richet ; *secrétaire général*, M. Jarjavay ; *secrétaires des procès-verbaux*, MM. Foucher et Trélat.

Sont nommés et promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : — *Au grade d'officier :* MM. Haspel, médecin principal, Tesson, médecin aide-major, Fonssagrives, second médecin en chef de la marine, Bonnardel, chirurgien de la marine en retraite. — *Au grade de chevalier :* Les médecins-majors Isidore dit Dokerley, Crepet, Lenoir, Didelot, Girard, Fleory, Miriel et Limayrac ; M. de Grand-Boulogne, médecin civil à la Vera-Crux ; MM. Courrier, Duperche et Boelle, chirurgiens, et Genée, médecin de la marine.

Le concours ouvert devant la Faculté de Montpellier pour une place d'agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques s'est terminé par la nomination de M. le docteur Camille Bertrand.

Par arrêté du 29 décembre dernier sont nommés : *Officiers de l'instruction publique :* MM. Coste, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, et Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. — *Officiers d'Académie :* MM. Hilairet, médecin de Saint-Louis, et Duperret-Muret, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.

M. Philips vient de faire don à la Société médicale des hôpitaux d'une somme de 5,000 francs destinée à la fondation d'un prix à décerner aux meilleurs travaux sur la question suivante : « Du traitement et de la curabilité de la méningite tuberculeuse. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires et principalement dans la phthisie pulmonaire (1).

Par M. le docteur WOILLEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

D. *Phthisie pulmonaire.* — Le traitement de la phthisie pulmonaire par une médication spéciale est toujours une question délicate et difficile à résoudre. Dans le cours de cette affection, ordinairement longue, la cause des modifications heureuses ne peut pas, en effet, être toujours facilement saisie ; et l'on attribue parfois à telle médication un changement favorable, qui n'est, en réalité, que la conséquence de la marche naturelle de la maladie chez certains individus.

C'est ainsi que les pessimistes expliquent les succès attribués à l'emploi des moyens si divers qui ont été préconisés contre la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Et il faut bien avouer qu'ils doivent avoir raison pour un certain nombre de succès apparents. Mais quelle que soit la part que l'on doive faire à l'évolution spontanée exceptionnellement favorable de cette maladie, il est impossible d'admettre qu'il n'y ait pas un certain nombre de cas heureux dans lesquels la médication a été triomphante. On est en droit de conclure à l'efficacité du remède lorsque le malade se trouve dans un état stationnaire ou qui s'aggrave progressivement, et que la marche des accidents se modifie en sens contraire, dès que l'on a recours à la médication employée. L'induction de cause à effet entre l'emploi du remède et l'amélioration est surtout légitime lorsque les faits se multiplient.

Il y a deux choses à envisager dans tout traitement de la phthisie pulmonaire : d'abord l'effet du remède sur l'ensemble de l'organisme, sur l'état général, puis son influence sur la lésion locale, les tubercules pulmonaires.

L'influence générale doit remplir deux indications fondamentales :

1° Modifier la diathèse en vertu de laquelle se déposent des tubercules dans le parenchyme pulmonaire ;

2° Améliorer la nutrition générale, qui est plus ou moins profondément altérée par l'évolution de la lésion locale, c'est-à-dire par le dépôt et le ramollissement des tubercules, puis la destruction suppurative du tissu pulmonaire.

On est forcé de reconnaître que, la diathèse tuberculeuse étant

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 12.

inconnue dans sa nature et appréciable seulement dans ses effets, ce n'est que par des tâtonnements empiriques que l'on peut remplir la première des deux indications thérapeutiques que je viens de rappeler, celle qui a pour but de faire cesser les conditions fondamentales de cette diathèse. De très-louables efforts ont été accomplis dans cette voie; mais il est clair que le problème n'est pas encore résolu. Aussi, le rôle du médecin, jusqu'à nouvel ordre ou nouveau progrès, se borne-t-il à employer, comme modificateurs généraux, les toniques et les réconfortants variés que lui fournissent et la matière médicale et l'hygiène.

Quant à la médication locale, elle est basée sur deux indications, comme la médication générale. Ces deux indications sont :

1° D'arrêter l'évolution des tubercules pulmonaires ;

2° De réparer et de guérir les lésions produites.

Ces considérations, si peu nouvelles qu'elles soient au fond, ont besoin d'être rappelées pour me permettre d'établir dans quelles limites le tannin m'a paru avoir de l'efficacité dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Comme moyen de combattre la diathèse tuberculeuse en elle-même, l'emploi du tannin constitue un nouveau point d'interrogation à ajouter à ceux, déjà si nombreux, qui correspondent aux médications préconisées. Mais comme moyen d'améliorer l'état général et de modifier favorablement la nutrition, il a une influence incontestable; nous avons dit plus haut que son action tonique avait été comparée à celle du meilleur quinquina. De plus, le tannin a, sur l'état local, sur la lésion pulmonaire, une action des plus évidentes, action que fait d'ailleurs pressentir en partie l'exposé des faits dont il a été précédemment question, quoiqu'ils se rapportent à des individus non tuberculeux.

Cette action favorable du tannin sur la nutrition et son influence réparatrice sur la lésion ne sont malheureusement pas constantes, et je ne saurais dire actuellement quelle a été la proportion des faits heureux ou malheureux parmi ceux que j'ai observés. Néanmoins, ils sont en plus grand nombre que ne pourraient le faire croire ceux que renferme ce mémoire, et qui m'ont paru suffire pour démontrer l'effet général et local du tannin contre la phthisie pulmonaire.

Comme remarque générale, à propos de ces faits, je dois avertir que, pour éviter toute ambiguïté, je ne considère les tubercules qu'à leur état le plus grave en apparence : lorsque leur présence au sommet des poumons se manifeste par des râles humides, indépendamment des autres signes.

Ces râles, il est essentiel de le faire observer, se montrent dans deux conditions bien différentes au point de vue du pronostic : 1° les tubercules sont encore à l'état cru ; 2° ils sont ramollis ou remplacés par des cavités accidentelles (cavernes).

Les râles humides qui accompagnent souvent les tubercules à l'état de crudité me paraissent dus à une congestion pulmonaire provoquée par la présence de ces productions accidentelles au sein du tissu des poumons. Un certain nombre de phthisiques sont admis dans les hôpitaux dans ces conditions, et il peut arriver alors que les râles sous-claviculaires humides disparaissent, et que l'amélioration générale et locale qui survient permette aux malades de sortir de l'hôpital.

L'action du tannin sur la disparition plus ou moins rapide des râles en pareille circonstance est telle, que l'on peut considérer l'emploi de ce médicament comme la pierre de touche qui permet de distinguer ces râles congestifs passagers des râles plus persistants des cavernes tuberculeuses. C'est ce que démontre l'observation qui va suivre. L'influence du tannin sur la disparition des râles m'y paraît incontestable.

Obs. V. Louis G***, quarante-cinq ans, ébéniste, constitution médiocrement forte, cheveux châtains, est admis, le 23 avril 1862, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Jean, nº 19.

Sujet à s'enrhumer depuis qu'il se connaît, il a la respiration habituellement un peu courte, surtout depuis une dizaine d'années. Il a plusieurs fois craché du sang dans les derniers temps, et il est surtout plus souffrant depuis le commencement de l'hiver. La toux est devenue plus fréquente ; elle est suivie d'expectoration jaunâtre assez abondante, et l'amaigrissement a fait de sensibles progrès.

Le 24 avril, lendemain de l'admission, je constate : sous la clavicule gauche, submatité très-manifeste, respiration bronchique avec expiration prolongée, gros râle sous-crépitant humide, augmentant par la toux, et bronchophonie ; des signes analogues existent en arrière, au même côté, au sommet. Sous la clavicule droite, la respiration est forte, avec expiration prolongée, et il existe quelques râles humides seulement par la toux ; mais, en arrière, on ne trouve aucun râle dans la région correspondante. L'expectoration a rempli le tiers du crachoir de crachats opaques dans un liquide comme salivaire.

Peu de jours après l'administration du tannin à la dose de 0gr,60 en quatre pilules par jour, prises au moment des repas, il n'y a plus traces de râles humides, même par la toux ; la respiration est légèrement soufflante au sommet du poumon gauche, l'expiration y est prolongée, en même temps qu'il existe une légère bronchophonie, et l'expectoration est à peu près nulle. L'état général est devenu meilleur, la physionomie plus vive, l'appétit franc ; aussi les aliments sont-ils rapidement augmentés.

Cette amélioration se maintient sans interruption jusqu'à la sortie, le 4 juin suivant. Le tannin a été continué sans inconvénient aux mêmes doses, jusqu'à la fin du séjour à l'hôpital. Voici quelle était la situation du malade à sa sortie :

Teint manifestement coloré, œil vif, sentiment de bien-être, état général des fonctions satisfaisant; respiration facile. A la percussion sous-claviculaire, il n'y a plus de submatité : le son est évidemment aussi intense à gauche qu'à droite ; il y a seulement un peu d'acuïté (son plus bref et plus dur) sous la clavicule gauche. On cherche en vain du souffle ou des râles humides, même après une toux répétée. En avant comme en arrière, aux deux sommets, on constate seulement que l'expiration est prolongée, et que le bruit respiratoire, vésiculaire, est plus faible à gauche qu'à droite.

Ainsi, son plus aigu, sans matité, avec plus de faiblesse du bruit respiratoire au sommet du poumon gauche, expiration prolongée des deux côtés : telles sont les seules particularités que présente l'exploration.

Je pourrais rapporter plusieurs faits semblables, et, entre autres, celui d'un phthisique chez lequel les râles humides du sommet des poumons disparurent rapidement, et qui, par un singulier hasard, succéda dans le même lit (hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Jean, nº 19) au malade dont je viens de rapporter l'histoire [1].

Ainsi, il me paraît démontré que le tannin fait plus ou moins rapidement disparaître, au moins chez un certain nombre de malades (car je ne prétends pas généraliser le fait), les râles humides qui accompagnent quelquefois les tubercules crus (première période de la phthisie). Le tannin diminue en même temps la dyspnée, la fréquence de la toux et l'expectoration, et enfin, il améliore sensiblement l'état général.

La modification de l'état local par le tannin me semble démontrer que des poussées congestives avec production de râles humides sont la principale cause des aggravations temporaires que l'on voit survenir dans le cours de la première période de la phthisie.

J'ai dit plus haut que l'emploi du tannin, en faisant disparaître rapidement les râles, prouvait qu'il s'agissait alors de tubercules à l'état cru. J'insiste avec conviction sur ce moyen de distinguer la tuberculisation à sa première période de la tuberculisation arrivée

(1) Voici le résumé de ce fait. Auguste G***, vingt-trois ans, journalier dans une fabrique de boutons, admis le 20 juin. Il toussait depuis le mois de janvier, il avait maigri et eu la diarrhée à plusieurs reprises. Râle sous-crépitant, souffle et bronchophonie aux sommets des deux poumons, surtout sous la clavicule gauche, où existe une submatité. Peu de jours après, prise du tannin et disparition rapide et complète des râles. Il se trouve très-bien et sort le 25 juillet.

à sa période la plus grave, celle de la production des cavernes du poumon. On ne saurait méconnaître, en effet, que la confusion, au point de vue clinique, ne soit d'abord très-facile dans un assez grand nombre de cas. De part et d'autre, il peut s'observer de la matité, du souffle, des râles humides, de la bronchophonie. Ce n'est que lorsque la respiration est manifestement caverneuse ou amphorique, avec pectoriloquie incontestable et gargouillement augmentant par la toux, et lorsqu'il existe une fièvre hectique avec diarrhée et marasme, que l'existence des cavernes ne saurait être confondue avec la congestion péri-tuberculeuse de la première période. Or, combien sont nombreux les faits de cavernes dans lesquels ne se constatent pas encore ces signes les plus avancés ! Dans ces cas douteux, le tannin fait disparaître rapidement les râles, s'il n'y a pas de cavernes, et beaucoup plus lentement ceux qui se produisent dans des excavations.

Voyons maintenant quelle est l'influence du tannin sur la phthisie arrivée à sa période avancée.

Dans cette condition encore, j'ai vu le tannin avoir un effet favorable en arrêtant dans leur marche les accidents, et en les modifiant au point de produire une guérison apparente. Je dis apparente, car les améliorations que j'ai obtenues concernent des malades observés à l'hôpital et ensuite perdus de vue, ou bien des personnes dont je n'ai pu suivre la maladie que pendant un petit nombre d'années.

On pourrait donc m'objecter qu'il s'agit ici d'un simple enrayement plus ou moins soutenu de la maladie. Mais, à la rigueur, n'obtiendrait-on qu'un arrêt prolongé, que ce serait déjà beaucoup. Quoi qu'il en soit, il y a des faits dans lesquels les signes locaux indiquent une réparation manifeste de la lésion locale, comme on le verra chez les malades des observations VIII, IX et X; ce qui prouve, avec l'amélioration simultanée de la santé générale, plus qu'une simple tendance vers la guérison.

Lorsque l'on donne le tannin aux doses précédemment indiquées (p. 13) à des tuberculeux qui ont déjà des cavernes au sommet des poumons, sans qu'il y ait de vastes excavations, il arrive ordinairement que les signes locaux s'améliorent sensiblement, au bout de huit à quinze jours. Cette amélioration est caractérisée par la diminution prononcée des râles humides. La respiration soufflante ou caverneuse est ensuite plus nette, ainsi que la bronchophonie, et les râles, parfois peu nombreux, se perçoivent principalement à la la fin de l'inspiration ou seulement au moment de la toux, qui leur

donne leur véritable valeur. Voici deux malades que j'ai observés à l'hôpital Lariboisière, et qui sont des exemples de ces modifications favorables.

Obs. VI. Une jeune fille de vingt et un ans, brodeuse, entra le 24 juillet 1860 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Elisabeth, n° 9, accusant huit mois de maladie.

Auparavant, elle était bien portante et avait toujours été bien menstruée depuis l'âge de douze ans et demi, époque de la première apparition des règles.

Sa maladie débuta par une toux sèche sans dyspnée, avec amaigrissement, malgré la persistance d'un très-bon appétit. Des frictions d'huile de croton furent conseillées et pratiquées sur toute la partie antérieure de la poitrine. Trois mois après le début, il se déclara une douleur vive du côté gauche, avec dyspnée, qui força la malade à s'aliter pendant huit jours. On lui fit prendre alors du sirop de térébenthine. A partir de cette époque, il survint une oppression habituelle légère, une toux plus fréquente, puis une hémoptysie peu abondante (quelques crachats de sang plusieurs jours de suite). L'appétit commença à diminuer six semaines avant l'admission. Une diarrhée passagère s'est montrée bientôt après, et depuis, la faiblesse et l'amaigrissement ont fait des progrès sensibles; en sorte que la malade s'est vue forcée de cesser ses occupations et de prendre le lit deux semaines avant d'entrer à l'hôpital.

Du 25 juillet au 1er août, l'état de cette jeune fille est stationnaire. Elle est manifestement anémique : ses muqueuses sont très-pâles, et le premier bruit du cœur est légèrement soufflant vers la base de l'organe, le pouls est petit et faible, à 96. Il existe des douleurs erratiques dans la poitrine, un sentiment d'oppression habituel, une toux assez fréquente suivie d'une expectoration opaque qui occupe le tiers d'un crachoir (environ 60 grammes) depuis la veille. Il n'y a ni mouvement fébrile le soir, ni sueurs nocturnes abondantes.

L'exploration de la poitrine fait constater les phénomènes suivants : toute la peau qui recouvre sa partie antérieure et par conséquent les mamelles, est envahie par des cicatrices confluentes et hideuses, dues aux frictions d'*huile de croton* prescrites au début de la maladie. Sous la clavicule droite, il y a une submatité aiguë, en même temps que le bruit respiratoire est faible, tandis que, en arrière du même côté, le bruit respiratoire est fort, avec expiration très-prolongée, sans souffle, mais avec râles sous-crépitants qui sont prononcés dans l'inspiration et surtout après la toux. Au sommet du poumon gauche, la respiration est forte et sèche en avant, avec expiration prolongée, tandis que, en arrière, le bruit respiratoire est plus fort qu'à droite, avec expiration aussi prolongée, mais les râles humides ne se manifestent ici que par la toux. Des deux côtés, en arrière, il y a une bronchophonie égale, mais en avant elle fait défaut, également des deux côtés. Le bruit respiratoire est naturel dans les autres parties de la poitrine.

Pendant cette première semaine du séjour à l'hôpital, la prescrip-

tion suivie consiste en *sol. gom., jul. diac., deux portions d'aliments.* Le 1er août, je prescris une boisson amère, et, en outre du julep diacodé, quatre pilules de tannin de 0gr,15 chacune, prises deux par deux, au moment des repas.

Pendant six semaines, du 1er août au 10 septembre, cette médication est continuée sans interruption, et, pour nous comme pour la malade elle-même, il survient une amélioration croissante manifeste.

Le 10 septembre, il n'y a plus de douleur de poitrine, il n'existe de sentiment de dyspnée qu'en montant les escaliers; la toux a beaucoup diminué de fréquence, et l'expectoration se réduit à une dizaine de crachats muqueux, opaques, nageant dans de la sérosité peu abondante.

A la percussion, l'intensité du son est égale sous les deux clavicules; la submatité sous-claviculaire droite a donc disparu: une sonorité plus aiguë l'a simplement remplacée. A l'auscultation, il y a de la faiblesse du bruit respiratoire dans la région sous-claviculaire droite, avec expiration légèrement prolongée, et à gauche la respiration est normale, mais un peu sèche, sans expiration prolongée; de part et d'autre, il n'y a ni souffle, ni râle, même par la toux, ni bronchophonie. — En arrière, au sommet, il n'existe de râles humides qu'à droite, où ils sont d'ailleurs rares et se manifestent seulement aussitôt après la toux, pour disparaître bientôt après; en même temps la respiration est vésiculaire, avec expiration prolongée égale à l'inspiration. Au sommet gauche, la respiration est devenue normale, mais moins forte qu'au-dessous, sans aucun souffle ni râle, même par la toux.

L'état général a subi en même temps une sorte de métamorphose. Au lieu de la pâleur terreuse de la peau, des yeux allanguis et ternes, et de la faiblesse qui forçait la malade à garder le lit, le teint offre une coloration légèrement rosée, les yeux sont vifs, et les forces ont augmenté au point de lui permettre depuis trois semaines de rester levée presque toute la journée et de sortir dans le jardin. L'appétit est devenu bon, la digestion facile. Les règles n'ont pas encore reparu.

Cet état satisfaisant se maintient pendant les quelques semaines que j'ai encore cette intéressante malade sous les yeux. Malheureusement je l'ai perdue de vue ensuite, mon temps de service à cet hôpital étant limité.

Cette jeune fille n'a pas malheureusement été observée assez longtemps pour la constatation des effets ultérieurs du tannin. Néanmoins elle a séjourné assez à l'hôpital pour que l'on ait pu se convaincre que le tannin n'a pas été sans effet sur l'amélioration survenue.

L'état de cette jeune fille, en effet, reste stationnaire pendant la première semaine, et je m'assure ainsi que le simple séjour à l'hôpital n'influe en rien sur la marche de la maladie. Puis, le tannin est administré, et, dès lors, le mieux se prononce de plus en plus.

D'une part, l'état général devient graduellement plus satisfaisant : le teint est meilleur, l'appétit revient ; les forces, dont la diminution rendait l'alitement nécessaire, permettent à la malade, après quinze jours de traitement, de rester levée ; en même temps, les fonctions respiratoires se font mieux : les douleurs thoraciques disparaissent, la dyspnée devient moindre ainsi que la toux et l'expectoration ; enfin, la submatité qui existait sous la clavicule droite disparaît, et les râles humides qui occupaient les deux sommets en arrière, ne se montrent plus qu'à droite, et encore après la toux seulement, pour disparaître aussitôt.

Ce changement n'était pas une modification simplement accidentelle dans l'état de cette jeune fille, car je le constatai à maintes reprises pendant plus d'un mois que je pus l'observer.

Un changement heureux analogue est survenu chez une autre femme qui fut admise à la même époque dans la même salle, et dont l'état était presque désespéré à son admission. Voici la note que je recueillis à cette époque.

Obs. VII. Victoire D***, âgée de trente et un ans, parfumeuse, entra à l'hôpital Lariboisière le 16 août 1860, où elle ne séjourna que trois semaines.

Elle était bien portante avant le début de son affection, qui remontait à seize mois, et qu'elle attribuait à la fatigue occasionnée par la maladie d'un de ses trois jeunes enfants, auprès duquel elle passait les nuits, après avoir travaillé toutes ses journées. Peu après la mort de cet enfant, elle fut prise d'abord de toux avec hémoptysie. Le crachement de sang s'est ensuite renouvelé plusieurs fois ; elle a dépéri rapidement, et, à son admission, elle offrait les signes non douteux d'une phthisie pulmonaire arrivée à sa dernière période et faisant redouter une fin prochaine. Son état me parut si grave, que je ne recueillis qu'une note incomplète sur son état, lors de son entrée à l'hôpital. Des râles et du souffle caverneux existaient aux deux sommets des poumons, principalement à gauche, la dyspnée était considérable, le pouls petit et très-fréquent.

Quatre pilules de tannin de 0gr,15 chacune furent données chaque jour, dès le lendemain de l'admission jusqu'à la sortie. Après quelques jours d'usage du médicament, l'amélioration se manifesta ; les forces revinrent ; quinze jours après l'entrée à l'hôpital, la malade commença à se lever, et le jour de sa sortie, le 13 septembre, il n'y avait plus traces de râles humides au sommet du poumon droit, où se constataient : en avant, des râles ronflants dans l'inspiration et du souffle dans l'expiration ; en arrière, simplement une respiration soufflante dans les deux temps. Au sommet gauche, où la lésion locale était plus avancée, il existait une respiration caverneuse avec très-peu de râles humides à la fin de l'inspiration, soit en avant, soit en arrière, où les râles humides disparaissaient par la toux pour être remplacés par une respiration soufflante dans les deux temps,

comme du côté opposé. Il y avait une bronchophonie égale en arrière des deux côtés ; en avant, la voix n'était caverneuse qu'à gauche.

La malade put sortir seule de l'hôpital pour retourner chez elle.

Quoique réduit à une simple note, ce fait n'en est pas moins remarquable. La malheureuse qu'il concerne entre à l'hôpital Lariboisière dans un état qu'on pouvait considérer comme le dernier acte de sa maladie, et, soumise au traitement tannique, une amélioration rapide se montre, si bien que, quinze jours après l'admission elle peut se lever, et, huit jours plus tard, regagner seule et à pied son domicile.

En même temps qu'est survenu ce changement inespéré, toute trace de râles humides a disparu du sommet du poumon droit, où ils sont remplacés par des râles sonores ; tandis que, à gauche, les râles humides ont persisté en avant et en arrière, mais très-amoindris et accidentels, puisqu'ils disparaissaient après la toux.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Du nitrate d'argent dans la paraplégie essentielle chez les enfants.

Par M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

L'influence curative du nitrate d'argent, opposé aux différentes névroses, vient de recevoir tout récemment en Allemagne, à propos de l'ataxie locomotrice, par les travaux de Wunderlich, une éclatante confirmation. Les succès obtenus au moyen de ce médicament, et publiés par ce journal, m'ont engagé à le mettre en usage contre la paraplégie, et c'est le résultat d'une guérison remarquable, observée dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, que je vais rapporter ici, en l'accompagnant de quelques réflexions indispensables.

Obs. Le 6 octobre dernier, on amenait à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans la salle Sainte-Marguerite, n° 7, une petite fille de quatre ans et demi (Julie Lévy), atteinte de paraplégie survenue dans les circonstances suivantes :

Cette enfant, très-turbulente, avait pris l'habitude, chez elle, de grimper sur les meubles, chaises et tables, sans qu'on cherchât à l'en empêcher. Dans les derniers jours de septembre, elle fit une chute à la renverse, d'une hauteur de quelques pieds, et se plaignit aussitôt de ressentir une vive douleur dans la région dorsale. Dès cet instant, il lui fut impossible de marcher ; quand on la mettait debout, ses jambes fléchissaient et s'affaissaient sous le poids du

corps. Les membres supérieurs avaient conservé toute leur force, mais on remarqua que la prononciation était devenue difficile, lente, peu distincte, et que les aliments sortaient en partie de la bouche pendant le travail de la mastication, inconvénient rendu plus évident encore par suite de la gloutonnerie habituelle de l'enfant. Les urines et les selles étaient rendues volontairement. On avait d'abord espéré que ces accidents cesseraient d'eux-mêmes ; mais, en voyant leur persistance, on se décida à amener la petite fille à l'hôpital, une dizaine de jours après la chute.

L'enfant, au moment de son entrée, se plaignait d'une douleur obtuse et mal limitée dans le dos ; elle présentait quelques manifestations scrofuleuses légères, telles que croûtes d'impétigo derrière les oreilles et à l'entrée des narines, kérato-conjonctivite double chronique ; elle avait de l'appétit, un grand embonpoint, et n'offrait pas trace de fièvre.

Nous constatâmes l'existence des troubles fonctionnels rapportés dans les antécédents. La parole était mal articulée, bredouillante ; les aliments s'échappaient en partie de la bouche, pendant le travail de mastication. Dans le lit, l'enfant remuait encore un peu les membres inférieurs ; mais, quand on la plaçait debout, elle s'affaissait immédiatement sur elle-même ; soutenue par-dessous les bras, il lui était impossible de détacher les pieds du sol ; les membres supérieurs avaient conservé l'intégrité de leurs fonctions.

A l'examen du rachis, la courbure dorsale parut un peu exagérée, mais c'était une courbe arrondie, uniforme, sans qu'aucune des apophyses épineuses présentât de saillie anormale.

La sensibilité cutanée était un peu diminuée aux membres inférieurs, mais nulle part abolie ; il n'existait aucun mouvement convulsif désordonné pouvant faire croire à l'existence d'une danse de Saint-Guy.

Jusqu'à la fin d'octobre, on se contenta, pour tout traitement, d'administrer quelques bains sulfureux. L'amélioration obtenue fut à peu près nulle ; toutefois, la douleur du dos avait disparu ; l'enfant, placée debout, s'affaissait encore, mais quand elle était soutenue, elle parvenait avec une extrême difficulté à détacher successivement les deux pieds du sol.

J'eus alors l'idée de traiter cette paralysie par le nitrate d'argent, suivant en cela l'exemple de Wunderlich, de MM. Charcot et Vulpian. On sait, en effet, que Wunderlich n'appliqua le nitrate d'argent au traitement de l'ataxie locomotrice qu'après avoir constaté son efficacité dans un cas de paralysie hystérique, et que

MM. Charcot et Vulpian ont eu à se louer des heureux effets de ce médicament dans un cas de paralysie complète. (Voir le travail de ces auteurs, sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXII, p. 481 et 529.)

Le 30 octobre, je prescrivis donc à l'enfant 1 centigramme de nitrate d'argent, divisé en 2 pilules, à prendre une le matin, l'autre le soir.

Nous allons voir, à partir de ce moment, les phénomènes paralytiques s'améliorer avec une rapidité surprenante. Citons textuellement l'observation :

Le 3 novembre. L'enfant paraît déjà mieux assurée sur ses jambes; elle peut faire quelques pas en avant, quand on la soutient sous les bras. Encouragé par ce résultat, on donne 3 pilules de nitrate d'argent, de 5 milligrammes chacune.

Le 6 novembre. Les forces commencent à revenir dans les membres inférieurs, l'enfant peut marcher un certain temps, à condition d'être soutenue, mais elle jette lourdement les jambes en avant, et s'affaisse encore quand on l'abandonne à elle-même.

A dater de ce jour, 4 pilules de nitrate d'argent de 5 milligrammes.

Le 12 novembre. La force musculaire revient tous les jours, l'enfant peut maintenant faire quelques pas seule, en s'accrochant aux lits; elle marche assez facilement quand on la tient par une seule main, et les membres inférieurs ne se dérobent plus sous le poids du corps.

Le traitement est parfaitement supporté, et n'amène aucun trouble gastro-intestinal, aucune éruption cutanée.

Le 17 novembre. L'enfant a pu marcher toute seule aujourd'hui, elle a même pu monter seule sur une table assez élevée.

On porte à 5 le nombre des pilules.

Le 21 novembre. L'amélioration persiste et fait des progrès, la petite malade marche maintenant seule, et ne tombe plus qu'à de rares intervalles, quand elle veut aller trop vite. 6 pilules de nitrate d'argent.

A cette dose de 6 pilules, c'est-à-dire de 3 centigrammes par jour, le nitrate d'argent produit de la gastralgie, des envies de vomir; dès le 22 novembre on revient à 4 pilules, qui sont parfaitement supportées.

La petite fille est très-turbulente, et court maintenant toute la journée. La parole est plus nette, mieux articulée, mais elle reste

toujours un peu traînante. L'enfant mange avec avidité, et il arrive encore que les aliments s'échappent involontairement de sa bouche au moment de la mastication, mais c'est un accident qu'il faut surtout mettre sur le compte de la gloutonnerie.

On continue le nitrate d'argent à la dose de 4 pilules.

Le 29 novembre. L'enfant se tient debout et joue toute la journée, mais sa démarche reste précipitée et ne peut se faire suivant une ligne parfaitement droite ; pour atteindre un point désigné, elle fait de petits écarts tantôt à droite, tantôt à gauche ; la santé générale est excellente.

4 pilules de nitrate d'argent.

Le 10 décembre. La guérison est maintenant complète, il ne reste aucun trouble de la motilité, rien qui puisse faire soupçonner que cette petite fille ait été paraplégique, la voix est nettement articulée, quoiqu'un peu lente, mais cette lenteur paraît constituer l'état normal.

Le 21 décembre. L'enfant sort parfaitement guérie ; il était survenu, quelques jours avant la sortie, une légère éruption de prurigo; le nitrate d'argent a été administré jusqu'à la fin à la dose de 4 pilules ou 2 centigrammes par jour, sans ramener de troubles gastriques, ni produire de coloration anormale de la peau.

Réflexions. — Cette observation, ainsi rapportée dans ses détails, peut se passer de longs commentaires.

Il s'agit ici d'une paraplégie par cause directe, tenant, selon toute vraisemblance, à un état de commotion de la moelle ; peut-être nous objectera-t-on que la maladie eût pu guérir d'elle-même ; sans nier d'une manière formelle cette possibilité, nous ferons pourtant remarquer qu'après un mois d'expectation, les choses n'étaient guère plus avancées qu'au premier jour. Que voyons-nous, au contraire, après l'administration du nitrate d'argent ? Douze jours se sont à peine écoulés, que l'enfant commence à marcher seule ; au bout de six semaines de traitement, la guérison est complète. Il nous semble qu'il faudrait être bien sceptique pour refuser au médicament toute part d'influence heureuse dans cette guérison si rapide ; nous croyons, nous, qu'il y a eu la plus grande part, et nous plaçons ce fait à côté de ceux déjà publiés par Wunderlich, MM. Charcot et Vulpian.

Devra-t-on recourir au nitrate d'argent dans toutes les paraplégies indistinctement ? C'est une question que l'expérience seule est appelée à résoudre ; nous croyons, toutefois, qu'il faudrait s'abstenir, dans les cas où il existe des symptômes d'une inflammation aiguë de la moelle ou de ses enveloppes.

Notre observation présente encore un intérêt particulier, en ce qu'elle a trait à un enfant de quatre ans et demi ; c'est, croyons-nous, le premier fait de paraplégie chez un enfant de cet âge où le nitrate d'argent ait été employé avec succès. La tolérance pour le médicament a été parfaite pendant tout le traitement (sept semaines environ), malgré la dose assez élevée de 2 centigrammes par jour. Nous n'avons observé ni troubles gastriques, ni coloration anormale de la peau ; un seul instant on avait cru pouvoir porter sans inconvénient la dose du nitrate d'argent à 3 centigrammes par jour ; mais, dès ce moment, la petite fille accusa des douleurs d'estomac et des envies de vomir, qui nous ont forcé de rétrograder ; il a suffi de revenir à la dose primitive de 2 centigrammes pour voir ces accidents cesser d'eux-mêmes, et l'enfant a pu continuer le remède sans aucun accident. Elle est sortie de l'hôpital parfaitement guérie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. — Suture moniliforme.

Par M. HORAND, interne des hôpitaux de Lyon.

Depuis que la méthode américaine est venue remplacer les opérations pratiquées jusqu'alors contre la fistule vésico-vaginale, un pas immense a été fait dans la voie du progrès ; tellement que cette triste infirmité, réputée incurable au commencement de ce siècle, très-difficile à combattre il y a quelques années à peine, peut aujourd'hui se guérir dans un bon nombre de cas. Toutefois, malgré les sérieuses discussions dont la méthode américaine a été l'objet, malgré les nombreux perfectionnements qu'on y a introduits, il est encore des points pratiques essentiels, sur lesquels on rencontre de notables divergences ; il est aussi des imperfections, auxquelles reviennent pour une bonne part les insuccès qui la déprécient.

Discuter quelques-uns des procédés en litige ; montrer ensuite comment, à l'aide de modifications apportées à la suture métallique par M. Desgranges, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, on arrive à en corriger les défauts, ainsi qu'à en augmenter les heureux effets, tel est l'objet de ce mémoire.

A. *Faut-il pratiquer l'anesthésie dans l'opération de la fistule vésico-vaginale?* — L'anesthésie, la plus belle des découvertes de la chirurgie moderne, offre de grands avantages et n'a aucun incon-

vénient sérieux lorsqu'il s'agit d'une opération de peu de durée et très-douloureuse, telle qu'une amputation, une ablation de tumeur, etc.; mais, dans le cas de fistule vésico-vaginale, où il s'agit d'une opération longue et minutieuse, plutôt que douloureuse, puisque, dans la plupart des cas, les malades la supportent facilement, dans ce cas, dis-je, l'anesthésie ne peut avoir lieu sans de sérieux inconvénients, que je vais faire connaître.

Ainsi, l'anesthésie, pratiquée même avec l'éther, exige toujours une surveillance plus ou moins attentive de la part du chirurgien. C'est donc là une source de préoccupations qui ne peuvent que nuire à la rapidité et à l'exécution de l'opération.

En second lieu, l'anesthésie s'oppose à la position sur les genoux, qui est incontestablement la meilleure de toutes les positions à donner à l'opérée, comme nous espérons le démontrer dans un instant.

En troisième lieu, l'observation a démontré, d'une part, que, souvent, sous l'influence du sommeil anesthésique, lorsqu'on opère sur les organes génitaux, il survient des mouvements du bassin, et que, d'un autre côté, sous l'influence des inhalations d'éther, il y a presque toujours des vomissements; double contre-temps regrettable, puisque les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux agissent jusque sur l'utérus et le vagin. Or, l'on comprend aisément que tous ces mouvements intempestifs gênent singulièrement l'opérateur.

Enfin, nous ferons remarquer que l'anesthésie, surtout lorsqu'elle a été prolongée, laisse après elle une agitation générale qui fatigue beaucoup les malades et occasionne des mouvements brusques ou désordonnés pouvant compromettre la suture.

En tenant compte de toutes ces considérations, on devra donc rejeter l'emploi de l'anesthésie dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

B. *Des avantages de la position sur les genoux.* — Les chirurgiens ne sont point d'accord sur la meilleure position à donner à la malade. Les uns conseillent la position sur le dos, comme pour une opération de taille, et c'est cette position employée par M. Hayward, de Boston, depuis 1839, qu'ont adoptée M. Jobert et M. Baker-Brown.

D'autres préfèrent la position sur les genoux; ce sont MM. Levret (1776), Schreger (1817), Roux (1829), Gosset (1834), Velpeau (1839), Wutzer (1841), enfin MM. Bozeman, Simpson, Verneuil, Follin et Desgranges.

Enfin, pour M. Marion Sims, qui, en 1852, recommandait, comme

le dit M. Follin, d'opérer seulement dans quelques cas la malade couchée sur le côté, pour lui, dis-je, le décubitus latéral est aujourd'hui la meilleure de toutes les positions, et il l'emploie dans tous les cas.

Voici en quels termes il s'exprime à cet égard en 1861 :

« Au début de ma pratique, je plaçais la malade sur les genoux, le corps appuyé sur les coudes, la tête abaissée, le bassin élevé. Un aide soutenait la tête.

« J'ai vu, depuis, les inconvénients de cette position, et les objections que je lui fais sont les suivantes : une grande fatigue pour les malades; impossibilité ou au moins difficulté d'administrer le chloroforme, s'il en est besoin; une grande fatigue pour l'opérateur, obligé de rester debout.

« J'ai donc modifié la position de la manière suivante : je place la malade dans le décubitus latéral gauche, les cuisses fléchies à angle droit sur le bassin; le corps en pronation, de manière que le sternum touche la table. Il ne doit y avoir sur cette dernière ni oreillers ni coussins, mais seulement une simple couverture et des draps, pour diminuer la fatigue de la position. La tête de la malade ne doit pas être fléchie, mais étendue, et ce point a son importance s'il faut administrer le chloroforme, parler à la malade, surveiller l'expression de sa physionomie.

« Mais ce que cette position a surtout d'avantageux, c'est qu'en empêchant la flexion du tronc, elle n'amène ni compression des organes, ni gêne de la respiration ; les viscères abdominaux ne sont pas refoulés du côté du bassin et ne viennent déplacer ni la vessie ni le vagin. »

De ces trois positions quelle est donc la meilleure? Nous n'hésitons pas à partager l'opinion de MM. Follin, Verneuil et Desgranges, et, comme ces chirurgiens, nous sommes réellement convaincu de la supériorité de la position sur les genoux. C'est, du reste, ce que nous allons essayer de démontrer.

Et d'abord, la position sur les genoux est-elle d'origine américaine ou française? Ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que nous la trouvons déjà mentionnée dans un ouvrage de Levret, de 1776. Quelle que soit son origine, les reproches qu'on lui adresse ne nous paraissent point susceptibles de contrebalancer ses nombreux avantages, qui sont justement appréciés par quiconque a opéré ou vu opérer des fistules vésico-vaginales.

Ainsi, a-t-on dit, la position sur les genoux détermine une grande fatigue pour la malade. Nous voulons bien admettre que cette posi-

tion soit fatigante pour les malades, mais elle ne l'est pas à un tel degré, que celles-ci ne puissent souvent résister assez facilement jusqu'à la fin de l'opération. C'est du moins ce que nous avons pu observer dans la plupart des cas. Du reste, on ne s'étonnera pas de cette petite dissidence d'opinion, lorsqu'on saura qu'aujourd'hui l'on est arrivé à pratiquer les opérations des fistules vésico-vaginales, même les plus difficiles, *en moins d'une heure*, tandis que M. Bozeman, dans le cas qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu, mit une heure rien que pour pratiquer l'avivement, et trois heures un quart pour l'opération entière. M. Follin mit le même temps pour pratiquer l'opération qu'il a relatée dans sa monographie de 1860. De plus, nous ajoutons que, non-seulement il n'y a aucun inconvénient, mais encore qu'il est très-avantageux, très-important même, d'accorder à la malade quelques minutes de repos complet, au milieu de l'opération, surtout après le passage des fils. En effet, ces quelques minutes de repos seront consacrées à laisser un morceau de glace en contact avec la plaie d'avivement, dans le but d'arrêter le suintement sanguin, fait capital pour assurer la réunion immédiate. Enfin, malgré ce temps de repos, nous mettons en fait que l'opération ne doit jamais durer plus d'une heure, et alors cette première objection faite contre la position sur les genoux n'a plus de valeur.

En second lieu, peut-on reprocher à cette position l'impossibilité, ou au moins la difficulté très-grande d'administrer le chloroforme? Ce reproche ne pourrait avoir de la valeur qu'autant que l'anesthésie serait utile et nécessaire; or, nous avons fait ressortir tous les inconvénients et toute l'inutilité de son emploi pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Marion Sims objecte encore, contre la position sur les genoux, une grande fatigue pour l'opérateur, obligé de rester debout. Mais cette objection, qui reposait tout entière sur la durée de l'opération, n'a plus aucune valeur, puisque l'on est arrivé aujourd'hui à opérer en moins d'une heure.

Pour des inconvénients de si peu de valeur, peut-on donc renoncer à une position qui offre des avantages incontestables, en faveur d'une autre position dans laquelle toutes les manœuvres se font avec difficulté, je veux parler du décubitus latéral employé par M. Marion Sims !

Au décubitus dorsal on peut opposer les raisons suivantes :

1° La nécessité d'avoir à sa disposition un nombre plus considérable d'aides. Or, tous les chirurgiens savent combien ce point est capital dans les opérations qui se pratiquent en dehors des hôpitaux ;

2° Dans la position des malades sur le dos, le chirurgien est nécessairement assis ; mais il est obligé de s'incliner en tous sens, de chercher une position dans laquelle il puisse voir parfaitement tous les points de la fistule, et, malgré cela, il arrive souvent qu'une portion lui échappe, c'est celle qui est cachée derrière le pubis. Alors, il est obligé de faire comme M. Hayward, c'est-à-dire d'introduire dans la vessie soit une bougie, soit une sonde en baleine, ou bien, comme MM. Malagodi et Sanson, d'accrocher les bords de la fistule avec son doigt, ou enfin d'avoir recours au procédé de M. Jobert ou à celui de M. Bourguet, afin d'abaisser la cloison vésico-vaginale pour rendre la fistule accessible à la vue et aux instruments;

3° Autre inconvénient de la position sur le dos. C'est qu'il arrive très-souvent, comme on le voit dans les observations de M. Jobert, que la paroi antérieure de la vessie vient s'engager dans la fistule, et alors il faut introduire une sonde ou un stylet dans la vessie pour refouler cette paroi. Or, la présence de cet instrument à l'entrée de la vulve ne peut que gêner les mouvements de l'opérateur.

MM. Verneuil et Follin insistent également sur ce fait, qu'il existe souvent autour de la fistule un bourrelet de la muqueuse vésicale qui peut être facilement blessé par les instruments au moment de l'avivement et produire alors un écoulement de sang qui gêne l'opérateur et peut encore avoir des conséquences plus sérieuses. Or, ce bourrelet ne devient saillant du côté du vagin que dans la position sur le dos.

Enfin, nous ferons remarquer que, dans le décubitus dorsal, l'urine sécrétée pendant l'opération vient constamment mouiller les lèvres de la plaie, les irriter, ce qui est un inconvénient sérieux, au point de vue de la réunion immédiate.

Cela posé, il nous reste à énumérer les avantages de la position sur les genoux. Mais d'abord, en quoi consiste cette position ? La malade est placée sur les genoux, la tête abaissée, la partie supérieure du corps reposant sur les coudes, les cuisses écartées, les lombes fortement cambrées. D'après la simple description de cette position, on conçoit immédiatement qu'elle facilite considérablement les manœuvres, puisque l'opérateur n'a qu'à regarder pour voir la cloison vésico-vaginale dans toute son étendue et qu'ainsi, sans avoir besoin d'abaisser cette paroi, aucun point de la fistule ne peut échapper à son regard. De plus, dans cette position trois aides sont suffisants; l'avivement et la suture se font bien plus facilement, puisque les rapports des parties ne sont point changés ; le bourrelet de la muqueuse vésicale, lorsqu'il existe, est en partie

réduit, la paroi antérieure de la vessie ne s'engage point dans la fistule, enfin, l'urine sécrétée pendant l'opération, s'accumulant sur la paroi vésicale antérieure en même temps qu'elle refoule cette paroi, ne vient point mouiller les lèvres de la plaie.

Pour toutes ces raisons, nous croyons donc que l'on doit rester fidèle à la position sur les genoux et l'adopter dans tous les cas.

C. *Du choix d'un spéculum.* — Deux espèces de spéculums sont employés pour l'opération des fistules vésico-vaginales, celui de M. Marion Sims, modifié par M. Bozeman, puis par M. Charrière, et ceux de M. Jobert (de Lamballe).

C'est à M. Marion Sims que revient le mérite d'avoir imaginé un spéculum d'une forme spéciale et d'un emploi commode sous plusieurs rapports. Il se compose de deux valves, creusées en gouttière, réunies par un manche courbé dans son milieu, de sorte qu'elles tendent à se rapprocher l'une vers l'autre du côté de leur extrémité libre, qui est plus large et terminée en cul-de-sac. Il résulte de cette disposition des valves que dans l'application, c'est le dos de la valve qui porte dans tout son plein.

Lorsque M. Bozeman vint à Paris en 1859, il fit fabriquer un spéculum à peu près semblable à celui de M. Sims, son maître. Il n'en diffère, en effet, que parce que ses valves sont presque à angle droit avec le manche, de telle sorte que, dans l'application, c'est seulement le bec de la valve qui appuie sur la paroi vaginale et peut même la perforer, comme cela est arrivé à un chirurgien anglais, au dire de M. Sims.

Ce spéculum, inventé par M. Marion Sims, modifié par M. Bozeman, a subi depuis quelques changements en passant dans les mains de M. Charrière. Ces changements consistent en ce que le manche étant divisé à sa partie moyenne, on peut employer isolément chaque valve, ou en même temps toutes les deux réunies au moyen d'une petite pièce munie de deux tenons et de deux vis.

Les avantages qui se rattachent directement au spéculum de M. Marion Sims l'ont fait accepter avec empressement par tous les chirurgiens français. Il s'applique facilement; il écarte suffisamment les parois latérales du vagin, en même temps qu'il sert à refouler la paroi postérieure, pour que l'on puisse opérer aisément; il projette sur la paroi vésicale une certaine quantité de lumière; enfin, il ne nécessite qu'un seul aide.

D. *Comment doit-on pratiquer l'avivement?* — Dans la méthode américaine, l'avivement consiste à enlever tout autour de la fistule une zone de muqueuse vaginale de 1 centimètre d'étendue, sans

jamais intéresser la muqueuse vésicale. Ce mode d'avivement a l'avantage de mettre en rapport des surfaces; condition excellente pour la réunion immédiate.

E. *De la nature des fils.* — Pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, les fils métalliques offrent de très-grands avantages, que tous les chirurgiens reconnaissent d'un commun accord.

On a proposé soit des fils d'argent, soit des fils d'argent doré, soit des fils de fer, soit des fils de plomb; enfin, dans ces derniers temps, M. Ollier a préconisé les fils de fer étamé. Les fils d'argent et les fils de fer étamé sont ceux que l'on emploie généralement. Toutefois, si l'on nous demandait auquel de ces deux fils nous donnons la préférence, nous répondrions que c'est aux fils d'argent, attendu que les fils de fer étamé présentent souvent des inégalités de volume qui rendent leur passage difficile dans l'aiguille de M. Startin. D'autre part, ces fils se cassent facilement sous l'influence de la torsion à laquelle ils sont soumis quand ils se brouillent. Enfin, baignés plusieurs jours de suite par les sécrétions vaginales, ils s'oxydent, perdent toute leur solidité, et se cassent quelquefois en dehors de toute violence, créant ainsi plus tard de très-grands embarras, au moment d'enlever les sutures. Le fil d'argent résiste mieux et met à couvert d'un semblable inconvénient.

Quel que soit le métal employé, les fils doivent être assez fins pour traverser facilement l'aiguille tubulée.

F. *Comment doit-on passer les fils et avec quels instruments?* — Dans la méthode américaine primitive on se sert d'une aiguille fixée sur un porte-aiguille à coulisse et chargée d'un fil de soie double, de manière à avoir une anse du côté opposé à l'aiguille. Les fils de soie ne sont ici que pour faciliter le passage des fils métalliques, et c'est ainsi que procèdent MM. Sims et Bozeman. M. Follin, de son côté, dit s'être assuré par expérience qu'en agissant de la sorte, on simplifie beaucoup un temps de l'opération assez pénible lorsqu'on veut passer primitivement les fils métalliques. Quant à nous, nous ne partageons pas cette opinion. Il nous semble, en effet, beaucoup plus simple de passer immédiatement les fils métalliques. On abrége de la sorte le manuel opératoire, sans en augmenter les difficultés, et c'est du moins ce que nous avons observé dans tous les cas où il nous a été permis d'assister à une opération de ce genre.

Dans la méthode qui nous occupe, on se sert encore, pour faciliter le passage des fils, soit de pinces, soit d'un petit crochet mousse que M. Sims désigne sous le nom de *ténaculum*, instruments qui sont assurément d'une très-grande utilité.

M. Follin parle également de l'aiguille tubulaire de M. Startin, dont il fait entrevoir seulement les avantages pour passer rapidement les fils métalliques. Il décrit cet instrument, indique la manière de s'en servir, mais sans lui donner toute l'importance qu'il mérite et sans préciser les cas où il peut être employé.

Voici l'idée que l'on doit se faire de l'aiguille de M. Startin et l'importance que l'on doit y attacher.

Cette aiguille a été employée en France pour la première fois par M. Desgranges, le 5 novembre 1860. Ce chirurgien, frappé de ses avantages, n'a cessé de l'employer depuis cette époque, toutes les fois que la disposition de la fistule le lui a permis. C'est, qu'en effet, cette aiguille convient principalement pour les fistules transversales, que celles-ci, du reste, soient situées près de la vulve ou profondément cachées dans le vagin, la lèvre antérieure du col utérin constituant la lèvre postérieure de l'orifice pathologique. Pour cette classe de fistules, elle doit toujours être employée, vu la facilité avec laquelle, par son moyen, on passe les fils métalliques.

Dans le cas de fistules longitudinales, elle n'était employée, jusqu'à ce jour, que si la fistule était située près de la vulve; mais nous pensons avoir trouvé un moyen qui permettra d'étendre son application à cette classe tout entière de fistules; ce moyen, nous le ferons connaître dans un instant.

G. *De l'aiguille de M. Startin, connue encore sous le nom d'aiguille de M. Simpson.* — Cet instrument se compose d'une tige d'acier, dont une extrémité est adaptée à un manche et dont l'autre extrémité, très-acérée, est légèrement courbe. Dans l'épaisseur de cette tige est creusée un canal où l'on peut faire pénétrer facilement un fil métallique fin. Un des orifices de ce canal est vers le manche, il est plus large que l'autre, qui est situé à quelques millimètres en arrière de la pointe et dont les bords, taillés en biseau très-oblique, viennent se confondre avec celle-ci sans former aucune saillie.

Pour passer les fils métalliques au moyen de cette aiguille, on l'introduit dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans jamais traverser la muqueuse vésicale et en procédant de la manière suivante.

Si la fistule est transversale, l'aiguille est enfoncée à 1 centimètre en avant de la surface d'avivement de la lèvre antérieure, dirigée d'avant en arrière, non pas perpendiculairement, mais un peu obliquement, afin d'être plus sûr de ne pas intéresser la vessie; elle vient sortir un peu en avant du bord vésical de cette lèvre. On traverse ensuite la lèvre postérieure, en enfonçant l'aiguille un peu

en arrière du bord vésical, en la faisant pénétrer obliquement et en venant sortir à 1 centimètre de la surface d'avivement de cette lèvre. Dans cette manœuvre, on s'aide soit de pinces pour tendre les bords de l'orifice, soit d'un petit crochet mousse pour appuyer sur la muqueuse vaginale au moment où la pointe de l'aiguille va la perforer.

L'aiguille, une fois placée dans les deux lèvres de la fistule, on fait pénétrer dans son canal, par l'orifice situé près du manche, le fil métallique destiné à la suture. Lorsque ce fil apparaît à l'autre orifice, on le saisit avec une pince, on le ramène au dehors, en même temps que de l'autre main on retire l'instrument. Le fil est alors placé. On opère ainsi pour tous les points de suture.

Les fils métalliques ont une longueur de 30 centimètres environ. Ils sont coupés, lissés et huilés à l'avance, pour faciliter leur glissement dans le canal de l'aiguille.

Si la fistule est longitudinale, l'on ne pourra se servir ainsi de cet instrument qu'autant qu'elle sera située très-près de la vulve, attendu la disposition rectiligne de l'aiguille. Mais, dans ce cas, si la fistule est élevée, voici peut-être comment on pourrait se servir de l'aiguille de M. Startin :

Deux fils métalliques, de grosseur différente, sont nécessaires. L'un a le volume habituel et ne diffère en rien de ceux qu'on emploie ordinairement pour l'opération de la fistule vésico-vaginale ; il est destiné à la suture. L'autre est plus petit ; c'est un fil de fer capillaire ; il doit servir simplement de conducteur au premier, et pour cela on l'introduit double dans l'aiguille tubulaire, en faisant pénétrer les deux chefs les premiers.

Avant de commencer l'opération, on peut préparer autant de fils conducteurs que l'on veut placer de points de suture. Il est vrai qu'un seul serait suffisant, si la face de l'anse n'était point affaiblie par la compression que l'on est obligé d'exercer sur elle, afin d'en effacer la saillie. On peut également, à l'avance, introduire aux trois quarts le fil conducteur dans l'aiguille tubulaire, si l'on a deux de ces instruments à sa disposition. Ces préparatifs ont pour but d'abréger ce temps de l'opération.

Cela posé, on procède à l'opération de la manière suivante :

1° On traverse la lèvre droite de la fistule avec l'aiguille tubulaire, sans intéresser la muqueuse vésicale. L'aiguille est enfoncée à 1 centimètre en dehors de la surface d'avivement, dirigée obliquement de dehors en dedans, et vient sortir un peu en avant du bord vésical de cette lèvre. Alors on fait pénétrer dans son canal, par l'orifice

situé près du manche, le fil métallique destiné à la suture ; lorsque ce fil apparaît à l'autre orifice, on le saisit avec une pince, on le ramène au dehors, en même temps que de l'autre main on retire l'instrument. Le fil métallique est ainsi placé dans cette lèvre de la fistule.

2° Avec l'aiguille tubulaire qui est armée du fil conducteur, on traverse la lèvre gauche de la fistule, à la même hauteur que la lèvre droite, en ayant soin de l'enfoncer un peu en dehors du bord vésical, de la diriger obliquement pour ne pas intéresser la muqueuse vésicale, et de la faire sortir à 1 centimètre en dehors de la surface d'avivement de cette lèvre. Alors on achève de faire glisser le fil et, lorsque l'extrémité de ses chefs apparaît, on la saisit avec des pinces, on la ramène au dehors, en même temps qu'on retire l'aiguille.

Le fil conducteur est donc placé dans la lèvre gauche, son anse correspondant au chef interne du fil destiné à la suture.

3° Une fois les deux fils placés, on passe au milieu de l'anse du fil conducteur le chef interne de l'autre fil, que l'on recourbe en forme de crochet. On efface avec des pinces la saillie que forment les fils ainsi ajoutés, et il suffit alors de tirer sur le fil conducteur pour introduire dans la lèvre gauche de la fistule l'autre fil destiné à la suture.

On opère de la même manière pour tous les points de suture que l'on veut placer, en s'aidant comme nous l'avons déjà dit, soit de pinces, soit d'un petit crochet mousse.

Ce procédé, compliqué peut-être dans sa description, ne l'est point quant à son application. Il est destiné à éviter toutes les difficultés que l'on éprouve dans le cas de fistule longitudinale, lorsqu'on se sert de l'aiguille ordinaire saisie avec le porte-aiguille à coulisse.

Nous ajouterons que la source de ce procédé provient d'une opération de staphyloraphie pratiquée il y a quelques mois par M. Desgranges, et pour laquelle ce chirurgien s'est servi à peu près de la sorte de l'aiguille tubulaire. Cette opération a donné un excellent résultat.

Pour terminer ce qui concerne le passage des fils dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, nous dirons qu'aussitôt que le fil métallique est placé, on doit tordre ensemble ses deux extrémités pour éviter de confondre plus tard les points de suture. Cette petite manœuvre employée par M. Desgranges nous a paru bien plus simple et plus commode que le système de M. Atlee.

En résumé, nous concluerons : 1° que, dans tous les cas, les fils

métalliques doivent être placés du premier coup, contrairement à l'opinion de MM. Sims, Bozeman, Follin, etc.;

2° Que l'on doit se servir le plus possible de l'aiguille de M. Startin, comme le fait M. Desgranges;

3° Que les fils ne doivent jamais traverser la muqueuse vésicale;

4° Que, pour éviter toute confusion, on doit tordre ensemble les deux extrémités des fils, à mesure qu'ils sont placés.

H. *Comment fixer les fils?* — On a tour à tour conseillé, pour fixer les fils métalliques dans l'opération de la fistule vésico-vaginale des moyens plus ou moins compliqués, plus ou moins heureux dans leur résultat, tels sont: le clamp-suture et la torsion de M. Sims; la suture en bouton de M. Bozeman; les tubes de Galli; les fixateurs de M. Baker-Brown, le procédé de M. Atlee, etc. Tous ces procédés, décrits avec soin par M. Follin, doivent être avantageusement remplacés par l'emploi simple de grains de plomb perforés. C'est à M. Desgranges que revient le mérite d'avoir introduit cette modification. Le 4 février 1860, il employa pour la première fois ce mode de suture. Je fus chargé de chercher et de perforer les plombs, et personne avant lui, que je sache, n'avait songé à réduire ainsi le procédé de suture de M. Bozeman ou le clamp-suture de M. Sims.

Ces fixateurs offrent les avantages suivants: 1° ils sont faciles à se procurer et à préparer; 2° ils reposent sur les bords de la fistule par une petite surface arrondie; 3° ils sont applicables, que la fistule soit régulière ou non; 4° ces fixateurs ont sur la plaque de M. Bozeman l'avantage de laisser écouler facilement le suintement qui s'opère au niveau des lèvres de la plaie; 5° ils sont faciles à enlever; 6° enfin, l'emploi de ces fixateurs s'étend à tous les cas où l'on fait usage des fils métalliques, comme par exemple dans la staphyloraphie, dans le bec-de-lièvre, etc.

Les fils métalliques seront donc fixés avec des grains de plomb perforés, et nous indiquerons plus loin la manière de les employer.

I. *Des soins à prendre avant de pratiquer la suture.* — Si, dans un certain nombre de cas, après avoir pratiqué l'avivement et la suture avec toutes les précautions indiquées dans la méthode américaine, on n'obtient pas la réunion immédiate, il est très-probable que cela tient à ce que l'opérateur a négligé, avant de rapprocher les bords de la fistule, de sécher les surfaces avivées ou d'arrêter un petit suintement sanguin qui paraissait devoir cesser de lui-même, par le fait de la constriction. Nous insistons sur ce point dont tous les chirurgiens comprennent facilement l'importance et qui cependant semble avoir été oublié par MM. Sims, Bozeman, Follin, etc.

On devra donc, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, comme dans toutes les opérations où l'on cherche la réunion immédiate, ne fixer les fils métalliques que lorsque les surfaces avivées seront complétement sèches. Pour cela, suivant l'exemple de M. Desgranges, on aura recours à l'emploi de la glace, dont on pourra promener un fragment sur la surface avivée, ou en laisser un morceau en place, si l'on accorde à la malade quelques minutes de repos. Puis, avant de serrer chacun des fils, on séchera soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges fines.

Toutes les fois que l'on agira de la sorte, on aura de grandes chances d'avoir une réunion immédiate.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la glycérine, considérée comme excipient médicamenteux. — Nouvelles formules de glycérolés liquides et solides.

Par M. G. SURUN, ancien interne en pharmacie des hôpitaux.

Depuis 1854, époque où MM. Cap et Garot ont appelé l'attention du corps médical sur la glycérine, cet intéressant excipient n'a cessé d'être l'objet de persévérants efforts de la part d'éminents praticiens; aussi la glycérine a-t-elle définitivement pris place dans la thérapeutique, où elle est appelée à occuper le premier rang parmi les excipients. Mais, comme il arrive toujours pour les agents nouveaux, des difficultés imprévues se sont opposées, dès le début, à l'emploi rationnel de ce nouvel excipient; on ne connaissait pas les corps susceptibles de s'associer à la glycérine; ce qu'on ignorait, surtout, c'était la manière de préparer les glycérolés; en un mot, un pas immense restait à faire du côté de la pratique pharmaceutique.

Cette lacune nous avons tenté de la combler. Initié à la préparation des glycérolés par une longue pratique dans les hôpitaux, nous avons publié sur ces nouveaux médicaments un travail aussi complet que possible [1], dans lequel sont exposées la préparation et la conservation des glycérolés, les propriétés, la purification et les falsifications de la glycérine.

Après avoir examiné avec soin l'action de la température, de l'air, de l'eau, etc., sur la glycérine, nous avons déterminé le pou-

---

[1] De la glycérine, thèse soutenue à l'École de pharmacie le 12 juillet 1862.

voir dissolvant de ce corps sur plus de deux cents substances médicamenteuses les plus usitées comme médicaments externes; nous citerons: *les extraits, le tannin, les matières gommeuses et sucrées, les sucs, les teintures, les alcoolats, eaux diverses*, etc.; *les métalloïdes; les chlorures, iodures, sulfures; les sels de fer, zinc, plomb, mercure*, etc.; *les alcaloïdes et leurs combinaisons.*

L'excipient est un corps destiné à donner au médicament une forme spéciale et des propriétés physiques et thérapeutiques qui le rendent propre aux usages auxquels on le destine.

1° Il doit dissoudre le principe médicamenteux;

2° Il ne doit exercer aucune action décomposante sur ce principe;

3° Il ne doit pas être susceptible de s'altérer sous l'influence des agents extérieurs;

4° Enfin, il doit être doué de propriétés qui rendent son emploi à la fois agréable et facile.

De tous les excipients connus jusqu'à ce jour, la glycérine paraît le mieux remplir toutes ces conditions. En effet, comme l'alcool et l'eau, elle dissout un grand nombre de principes médicamenteux; comme les corps gras, elle est douce, onctueuse au toucher; de plus elle possède des propriétés antiseptiques très-manifestes; elle n'est ni acide, ni alcaline. Ses propriétés hygrométriques entretiennent sur la partie malade une humidité favorable à certaines affections de la peau. Elle présente sur les corps gras l'avantage d'être soluble dans l'eau, de ne pas rancir sous l'influence de l'air ou de la chaleur, de dissoudre un grand nombre de principes médicamenteux.

Ce qui frappe non moins dans ce précieux excipient, c'est la manière aussi simple que facile avec laquelle il se prête à tous les modes de pansements. Sa solubilité dans l'eau facilite singulièrement le nettoiement des plaies; de plus il ne souille ni les linges ni les instruments qui servent à son emploi, comme le font le cérat, les pommades, les onguents, etc., préparations nées à une époque où l'état de la science ne pouvait mieux faire.

Mais aujourd'hui que, grâce aux immortels travaux de M. Chevreul, nous connaissons la composition des corps gras et les propriétés spéciales de leurs composants, il est indispensable d'introduire des modifications dans les formules de médicaments qui ne sont plus en harmonie avec l'état actuel de nos connaissances. Il suffira, pour nous en convaincre, de jeter les yeux sur quelques formules de pommades prises au hasard :

Le cérat opiacé, les pommades à base d'extrait (de belladone, par exemple), la pommade à l'iodure de potassium, etc.

Le cérat opiacé, chacun le sait, constitue un médicament si peu homogène, que le laudanum se sépare peu de temps après sa préparation. L'eau qu'on est obligé d'ajouter aux extraits pour les dissoudre donne des solutions que l'on incorpore difficilement aux corps gras. Enfin l'oxygénation de l'axonge dans la pommade à l'iodure de potassium décompose cet iodure et met de l'iode en liberté. De plus, les corps gras opposent une certaine résistance à l'absorption du principe médicamenteux, tandis que la glycérine, d'après M. Reveil, en favorise l'absorption, en donnant des médicaments homogènes d'une conservation parfaite, dans lesquels le laudanum, les extraits, l'iodure de potassium, etc., sont en solution parfaite.

Quant à l'action thérapeutique de ces nouveaux médicaments, l'expérience a déjà prononcé. Les observations recueillies à Londres par le docteur Steartin, médecin de l'infirmerie des maladies cutanées, par le docteur Wakley, chirurgien du Royal free Hospital; en Russie, par le docteur Dallaz; en France, par les docteurs Bazin, Cazenave, Debout, Demarquay, Foucher, Gosselin, Maisonneuve, Matice, Trousseau, etc., ont montré que la glycérine et les glycérolés sont favorables dans toutes les affections de la peau. Aujourd'hui, les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris remplacent le cérat par le glycérolé d'amidon. Aussi, la quantité de glycérine employée dans les hôpitaux de Paris, en 1861, s'est élevée à 1,435 kilogrammes, tandis qu'en 1850 elle avait été de 115 grammes seulement.

La glycérine peut être l'excipient de beaucoup de formes pharmaceutiques : liniment, collyre, collutoire, bain, gargarisme, lotion, injection, etc.

Nous terminerons cette note par un certain nombre de formules médicamenteuses, suivies du *modus faciendi*. Nous citerons de préférence les glycérolés préparés par nous et expérimentés à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le docteur Matice.

Les glycérolés se divisent en deux classes : glycérolés liquides, ayant la glycérine pour excipient ; glycérolés solides, ayant le glycérolé d'amidon pour excipient.

1° Glycérolés liquides.

Glycérolés à base de teinture. — Glycérolé laudanisé.

Laudanum de Sydenham..................	4 grammes.
Glycérine.....................................	30 grammes.

Mêlez.

Préparez de même les glycérolés de teinture de digitale, de colchique, d'aconit, d'arnica, etc.

Glycérolés à base d'extrait. — Glycérolé d'extrait de belladone.

Extrait de belladone......................	4 grammes.
Glycérine................................	30 grammes.

Dissolvez à une douce température et filtrez.

Préparez de même les glycérolés d'extrait d'opium, de ciguë, etc.

Glycérolés à base de plantes. — Glycérolé de roses.

Pétales secs de roses de Provins............	10 grammes.
Eau bouillante..............................	100 grammes.

Faites infuser, décantez, filtrez ; ajoutez glycérine, 100 grammes, chauffez à une douce température jusqu'à consistance sirupeuse.

Ce glycérolé remplace avantageusement le mellite de roses, qui fermente et s'altère facilement.

En remplaçant les pétales de roses par les sucs de mercuriale, de belladone, de jusquiame, etc., on préparerait de même des glycérolés de mercuriale, de belladone, etc.

Glycérolé à base d'alcaloïde. — Glycérolé de sulfate de strychnine.

Sulfate de strychnine.....................	1 gramme.
Glycérine.................................	100 grammes.

Dissolvez à chaud et filtrez.

Préparez de même les glycérolés de sulfate de quinine, de sulfate d'atropine, de chlorhydrate de morphine, etc.

Glycérolé à base minérale. — Glycérolé boraté.

Borax.....................................	4 grammes.
Glycérine.................................	30 grammes.

Dissolvez et filtrez.

Préparez de même les glycérolés de carbonate de soude, d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de zinc, etc.

Glycérolé caustique au nitrate acide de mercure.

Nitrate acide de mercure..................	1 gramme.
Glycérine.................................	30 grammes.

Mêlez. Préparez de même les glycérolés d'acide chlorhydrique, de perchlorure de fer liquide, etc.

Ces glycérolés ont la glycérine pour excipient ; ils contiennent toujours le principe médicamenteux en dissolution ; souvent ils peuvent être solidifiés par l'amidon, toutes les fois qu'il n'y a pas incompatibilité entre le principe médicamenteux et l'amidon.

(*La fin au prochain numéro.*)

Préparation de permanganate de potasse : agent désinfectant.

Les bons effets fournis par l'emploi des solutions étendues du permanganate de potasse comme agents de désinfection, surtout dans les cancers de l'utérus, nous engagent à reproduire le mode de préparation de ce sel que publie M. Lecomte, pharmacien en chef de la Maison municipale de santé.

Pr. Bioxyde de manganèse.................	20 grammes.
Chlorate de potasse....................	20 grammes.
Potasse caustique solide................	25 grammes.

On fait dissoudre la potasse caustique et le chlorate de potasse dans aussi peu d'eau que possible. On ajoute le bioxyde de manganèse et l'on évapore à siccité, en ayant soin d'agiter constamment. On calcine ensuite au rouge sombre pendant une heure dans une petite capsule de fer non émaillée, et, après avoir laissé refroidir, on ajoute environ un litre d'eau distillée. On fait bouillir le mélange dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce que le liquide présente une teinte rouge légèrement violacée bien franche ; on enlève, après un repos convenable, le liquide par décantation, et on lave peu à peu le résidu avec une quantité d'eau suffisante pour que, réunies à la première liqueur, les eaux de lavage forment 2 litres.

C'est ce liquide qui, mêlé à la dose de 10 grammes pour 100 grammes d'eau, sert pour le pansement des plaies.

Préparations arsénicales contre certaines gastralgies.

Quoique nous soyons loin de partager l'opinion de M. le docteur Millet, qui attribue l'action antigastralgique du bismuth à la très-petite quantité d'arsenic qu'il peut contenir, nous n'en reproduisons pas moins les formules qu'il vient recommander pour le traitement de certaines gastralgies. L'arsenic, pour notre confrère de Tours, est un remède souverain, et qui réussit alors que le bismuth a échoué. Lorsque le praticien est à bout de ressources, M. Millet lui conseille de recourir à l'une des deux préparations suivantes :

Aux pauvres, ce médecin prescrit tout simplement :

Arséniate de soude..................	5 centigrammes.
Eau distillée.......................	80 grammes.
Alcool..............................	1 gramme.

Une cuillerée à café matin et soir, dans un quart de verre d'eau sucrée, avant le déjeuner et avant le dîner.

Aux riches, il ordonne :

Arséniate de soude..................	5 centigrammes.
Sirop de quinquina..................	300 grammes.

Une cuillerée à bouche matin et soir, avant le déjeuner et avant le dîner.

Il est rare que l'emploi de l'une ou de l'autre de ces préparations n'amène pas, dès le second ou dès le troisième jour, une notable amélioration, et parfois même un semblant de guérison tel qu'on serait tenté de laisser là le remède. Il n'en faut cependant rien faire, et continuer pendant tout le temps voulu, c'est-à-dire environ six jours. Si, à cette époque, il n'y a que de l'amélioration, il ne faut pas hésiter à prendre une nouvelle dose du même médicament encore pendant dix jours.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Théorie des fièvres intermittentes. — Réclamation.

Permettez-moi de répondre un mot à l'article critique dont mon traité vient d'être l'objet. Voulant rester dans l'esprit qui dirige le *Bulletin*, je me bornerai à placer sous les yeux de ses lecteurs mes propositions principales, afin de leur prouver que ma théorie vaut mieux que le jugement qui en a été porté. Dans un sujet aussi difficile, je n'ai pas prétendu à la détermination du vrai absolu ; je crois cependant avoir fait faire un pas à la question,

I. Le but de mon ouvrage a été de construire, avec l'ensemble des faits observés sur les fièvres intermittentes et avec l'analyse des diverses causes qui sont *présentes* au développement de ces affections, une doctrine qui puisse rendre compte de leur formation et de leurs principaux phénomènes, et, de plus, de confirmer mes déductions par l'analyse et la conduite du traitement. Exposé des faits, étiologie, théorie et traitement, tels sont donc les sujets de mes quatre livres. J'ai puisé partout mes documents, et notamment dans les travaux des médecins militaires qui, depuis plus de trente ans, se succèdent en Algérie.

II. J'ai invoqué les faits de tout genre qui ont pu me démontrer l'influence des pays chauds, des saisons chaudes et des points marécageux sur le développement des fièvres intermittentes. Cette triple influence est aujourd'hui incontestable.

III. Après avoir décrit l'appareil symptomatique ordinaire, j'ai fait voir, d'après des statistiques, à quelques-unes desquelles j'ai pris part en Algérie, que, plus les endémies et les épidémies sont intenses, plus, en général, les types sont rapprochés ; que les heures de

l'apparition des accès correspondent environ, pour les 4/5 des cas, à la période diurne; que des congestions passives n'intéressent pas seulement la rate et le foie, mais très-souvent encore d'autres organes centraux, mais que les organes parenchymateux les moins impressionnables en sont de préférence le siége, pour le bénéfice physiologique des plus impressionnables, et enfin, que les rates engorgées subissent en Algérie des oscillations de volume telles, que, dans les 4/5 des cas environ, elles se montrent plus grosses la nuit que le jour. Cette dernière proposition résulte des 2,176 comparaisons régulières auxquelles je me suis moi-même livré au moyen de la percussion et de la plessimétrie.

IV. Les caractères symptomatiques des accès, l'état général des fébricitants, l'absence ordinaire de toute phlogose pendant les fièvres en question, la nature des causes, la nature du traitement et les dangers généraux des déplétions sanguines pendant ces maladies m'ont fait juger, *en conciliant des opinions diverses*, qu'elles ont pour cause prochaine *une hyposthénie de l'appareil nerveux de la vie organique, ordinairement liée à une hypersthénie de celui de la vie animale.*

V. *Les miasmes paludéens* en paraissent les causes dominantes. Depuis 1847, je les définis : des molécules végéto-animales en voie de fermentation. En effet, de nombreuses expériences démontrent que les molécules organiques, putrescentes ou non, peuvent être tenues en suspension dans l'air, et que la matière putrescente est délétère. Comment l'est la matière putrescente végéto-animale? D'une part, elle laisse tout d'abord et pendant longtemps dégager des produits de décomposition gazeux à prédominance acide, et, d'autre part, il résulte des expériences électro-chimiques de MM. Pouillet et Becquerel que, toutes les fois qu'un acide sort d'une décomposition, il emporte avec lui de l'électricité négative. Le miasme paludéen absorbé exercera donc sur les capillaires généraux, quelle que soit, d'ailleurs, l'action spéciale encore inconnue de ses autres produits de décomposition, une influence doublement électro-négative. Mais le sang artériel est, d'après les expériences de Vassali-Eandi, de Bellingeri et de Matteucci, normalement électro-positif : le miasme en question tendra donc à la neutralisation de l'impression électrique normale du sang, c'est-à-dire à l'hyposthénie de l'appareil nerveux de la vie organique, ce qui ne manquera pas, d'après les lois du balancement nerveux, d'éveiller les susceptibilités de l'autre appareil. On le voit, les résultats de l'expérience viennent se conformer à ceux de la clinique.

Deux autres conséquences de la nature et de l'absorption des miasmes sont, d'une part, leur incubation dans l'organisme et surtout au sein des organes parenchymateux peu impressionnables ordinairement engorgés, qu'ils rendent moins impressionnables encore, et, d'autre part, quand ces agents circulent à la périphérie, une exaltation de leur mouvement de fermentation sous l'impression des influences solaires.

VI. D'autres causes sont actives aussi. Elles sont *périodiques*, diurnes ou nocturnes. Je les ai toutes longuement analysées, et j'ai induit de cette analyse que les influences diurnes, parmi lesquelles dominent les influences solaires, l'état de veille et les circonstances fonctionnelles qui en dépendent, tendent à la détermination du double état nerveux signalé plus haut, et, en outre, provoquent un mouvement général d'expansion éminemment favorable au dégorgement des organes centraux, infectés ou non ; tandis que les influences nocturnes agissent en sens inverse.

VII. L'*accès*, dans ses trois stades, représente les effets primitifs et puis consécutifs des causes miasmatiques et diurnes. A l'hyposthénie de l'appareil nerveux de la vie organique répond le stade d'action ou de *froid;* à l'hypersthénie concomitante ou consécutive de l'appareil nerveux de la vie animale, le stade de réaction ou de *chaleur;* à la détente de ce dernier appareil, le stade de *sueur*, et au retour de la tonicité provoqué par la réaction et les éliminations qui la suivent, l'*apyrexie*.

L'auteur de l'article critique du *Bulletin* n'a vu dans cette proposition qu'une tautologie qui ne découvrirait nullement la nature de l'impression morbide sous laquelle l'organisme réagit en fièvre intermittente. Il se serait édifié à cet égard s'il avait tenu compte des propositions antérieures.

VIII. L'*intermittence* des accès a pour cause les alternatives des influences, soit atmosphériques, soit physiologiques, *des deux camps* diurne et nocturne. Les accès sont, ai-je dit, des manifestations généralement diurnes : or, les influences diurnes *font, en effet, exalter* le double élément nerveux essentiel des accès, élément déjà préparé par l'infection miasmatique ; elles font verser dans la généralité de l'organisme une plus grande quantité du sang et des miasmes retenus dans les organes centraux, et elles en font exalter, à la périphérie, les effervescences putrides et délétères. Au contraire, les influences nocturnes, froid, froid humide, obscurité, sommeil, etc., etc., *tendent au calme* du double élément nerveux suscité par les influences diurnes ; elles favorisent bien moins que celles-ci les déjections

miasmatiques des organes centraux, elles calment les effervescences miasmatiques périphériques, et elles maintiennent par ces moyens l'apyrexie; mais elles sont favorables à l'incubation centrale et générale, et *elles s'emploient* ainsi à la préparation de nouveaux accès.

Quand une influence diurne, même la principale, la chaleur, vient à manquer, les autres peuvent encore *suffire à la périodicité morbide*. Toute influence, même nocturne, tendant à déterminer le double élément nerveux de l'accès ou à dégorger les organes centraux infectés, peut provoquer cet accès; de là les exceptions à la règle des manifestations diurnes.

IX. Les *types* les moins éloignés les uns des autres expriment généralement les conditions les plus intenses des causes et les conditions *les moins toniques* des individus pendant l'apyrexie.

X. Les *récidives* seraient préparées par l'élaboration des miasmes s'effectuant surtout au sein des organes centraux et plus particulièrement dans la rate, organe peu susceptible de réaction et sans émonctoires.

XI. La *cachexie* dérive de l'infection miasmatique, qui est déprimante pour l'impression sanguine générale, et, de là, pour toutes les autres fonctions de la vie organique.

XII. La variété des causes, des tempéraments, des idiosyncrasies organiques et des dispositions accidentelles rend compte de la *variété des formes*.

XIII. L'intensité des causes, l'état souvent très-atonique des individus, la délicatesse et l'importance des organes congestionnés ou excités, et, à côté de cela, l'importance et la nature des organes dénués de sang ou de fluide nerveux pendant la congestion ou l'excitation de certains autres, rend compte des *états pernicieux*.

Je m'abstiens de résumer mes propositions sur le traitement, puisqu'elles ont trouvé grâce devant l'auteur du compte rendu.

Je termine en exprimant le regret d'avoir été obligé d'exposer moi-même, dans votre *Bulletin*, le résumé de mes propositions principales; je ne pouvais pas faire autrement, après la trop vive attaque dont j'ai été l'objet. Dr Aug. Durand (de Lunel),

médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon.

RÉPONSE.

Maintenant que M. le docteur Durand (de Lunel) a exposé les propositions fondamentales sur lesquelles repose sa doctrine des

fièvres intermittentes, il nous permettra bien quelques courtes réflexions.

Bien que, dans l'examen que nous avons publié de son livre, la critique se soit mêlée à l'éloge dans une mesure qu'il s'est assurément exagérée, nous sommes convaincu que si les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* pouvaient témoigner de l'impression que leur a laissée cet examen, et de celle qu'ils viennent d'éprouver en lisant l'exposition magistrale de sa doctrine par l'auteur lui-même, M. Durand (de Lunel) n'aurait point à s'applaudir de son immixtion dans l'œuvre d'une critique indépendante. Il n'est pas une seule des propositions qu'on vient de lire à laquelle il ne fût possible d'opposer d'irréfutables objections; mais il en est quelques-unes, la cinquième, par exemple, qui ne soutiendrait pas le plus léger examen. Jamais l'électricité, ce fluide, ou, si vous voulez, cette force instable, par exemple, en cheminant à travers l'organisme, si même elle y chemine en compagnie du miasme, n'agira comme on l'a fait agir au profit de la théorie. D'un autre côté, à supposer qu'il en fût ainsi, où en sont les preuves ? Nous ne les voyons nulle part : ici, comme sur une foule d'autres points, nous sommes donc en plein rêve. La science a aujourd'hui d'autres allures : qui ne se conforme pas aux exigences de la logique actuelle court grand risque de faire une œuvre vaine. Au reste, le lecteur a maintenant sous les yeux la formule largement exposée de la nouvelle théorie ; qu'il juge. Pour nous, nous maintenons le jugement formulé par notre collaborateur. S'autorisant du jugement porté sur cette question par les noms les plus compétents, s'il n'eût pas craint de décourager les hommes laborieux qui s'appliquent à l'élucidation de ce problème ardu, notre collaborateur eût pu être plus sévère encore.

Ecoutez, à cet égard, monsieur Durand, l'appréciation du professeur Grisolle dans un livre publié hier, et consolez-vous d'une critique, dont la pointe charitablement émoussée ne pique que les auteurs dont la peau est en état d'hyperesthésie: « Il serait oiseux, dit ce médecin éminent, de discuter pour prouver que la fièvre intermittente n'est pas une inflammation ! dirons-nous que c'est une névrosthénie (Gianini), une névrose (Brachet et Roger), une irritation cérébro-spinale (Maillot), une affection du système ganglionnaire (Worms) ? Il semblerait assez naturel de rattacher à une perturbation nerveuse les principaux symptômes de la maladie : cependant nous ne savons rien de positif à ce sujet; et il vaut bien mieux confesser notre ignorance que de la *voiler par quelques mots prétentieux* qu'on serait souvent bien embarrassé de définir. Non-seule-

ment on a voulu localiser la fièvre intermittente, mais on a même prétendu expliquer sa périodicité. On a émis à ce sujet des *opinions réellement si extravagantes*, que nous croyons de notre devoir de n'en point parler. En résumé, dans l'histoire de la fièvre intermittente, il faut bien nous persuader que nous ignorons ce qui constitue le miasme, sur quel organe il exerce son action, et de quelle manière le quinquina agit pour le neutraliser [1]. »

Franchement, à côté de ces paroles sévères, la critique de notre collaborateur, mon très-honoré et très-savant confrère, n'est nullement exagérée; d'ailleurs, elle ne s'adresse jamais aux hommes, mais aux choses. DEBOUT.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DEUX NOUVEAUX CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE, TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LE NITRATE D'ARGENT. — Depuis que MM. Charcot et Vulpian ont publié dans ce recueil les heureux effets qu'ils avaient obtenus de l'emploi du nitrate d'argent dans l'ataxie locomotrice, affection contre laquelle tout remède était réputé inutile, les faits favorables à cette médication semblent se multiplier. Deux mois après, nous en avons rapporté un cas observé dans le service de M. Moreau, de Tours. Aujourd'hui nous avons connaissance de deux nouveaux succès.

Le premier a été observé à la Charité, dans le service de M. le docteur Beau. Il est remarquable par la promptitude avec laquelle s'est manifestée l'amélioration. Le malade, couché au n° 11 de la salle Saint-Louis, était un homme de trente ans environ; l'affection, chez lui, ne remontait guère à plus de six ou huit mois. Des troubles de la vision avec amblyopie persistante et un peu de défaut de coordination des mouvements des globes oculaires, une grande faiblesse des extrémités inférieures, l'impossibilité de régler ses mouvements de progression, une hypéresthésie assez marquée de la peau des membres inférieurs, peu ou point de douleurs fulgurantes, tel était l'ensemble symptomatique que présentait ce malade et qui indique, pensons-nous, clairement une ataxie locomotrice progressive à une période peu avancée de son évolution. Le nitrate d'argent fut parfaitement toléré, et, au bout de cinq ou six jours déjà une amélioration remarquable était survenue. Le malade lui-même reconnut que jamais médication n'avait agi chez lui aussi favorable-

[1] *Traité de pathologie interne*, t. Ier, p. 160; 8e édit.

ment. L'agent médicamenteux fut porté assez rapidement à la dose de 10 centigrammes par jour, et cela sans inconvénient aucun. Le traitement dura à peine trois semaines et le malade, six semaines après son entrée, quittait l'hôpital. M. Beau l'a revu plusieurs fois à sa consultation et a constaté que, jusqu'ici, l'amélioration s'est maintenue.

Nous avons été témoin du second fait à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux, suppléé à ce moment par M. E. Vidal. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, sculpteur sur bois, entré dans le service le 6 décembre 1860. A l'âge de treize ans, il s'est adonné à l'onanisme; plus tard, il se livra à des excès vénériens jusqu'à l'époque de son mariage, à trente ans. Il n'a jamais eu la syphilis.

C'est en 1856 qu'il ressentit les premiers symptômes de la maladie dont il est atteint aujourd'hui. C'étaient des douleurs fulgurantes dans les genoux, les talons, les coudes, les épaules, douleurs qui devinrent de plus en plus fréquentes, et simulaient par moment des accès de névralgie sciatique. Dès les premiers bains aux eaux de Saint-Amand, ces douleurs se calmèrent; mais deux ans après elles reparurent; puis succédèrent des pertes séminales, d'abord avec des érections très-prolongées, puis avec impuissance et anaphrodisie. La peau, aux jambes et au crâne surtout, acquit une sensibilité exagérée et les jambes s'affaiblirent; le malade tombait dès qu'il essayait de courir.

Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'en 1861 : il s'y joignit de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Un traitement par les bains sulfureux, continué pendant toute une année, amena une notable amélioration, qui ne dura que quelques semaines. Lorsqu'au mois de juillet 1862, M. Vidal fut chargé du service de M. Pidoux, il constata : l'intégrité parfaite des facultés mentales et des fonctions digestives, rien d'anormal dans la motilité et la sensibilité des parties supérieures du corps, pas de troubles de la vision; l'action locomotrice est limitée aux membres inférieurs; les muscles sont doués d'une grande énergie de contraction; mais sans le secours de la vue, les mouvements sont incohérents, désordonnés; la conscience musculaire est abolie. Le malade ne peut marcher; il ne peut se tenir debout, soutenu par deux personnes, qu'à la condition expresse de regarder ses jambes. Les crises douloureuses sont fort aiguës; la sensibilité au toucher est obtuse; le doigt, légèrement appuyé, n'est pas senti, tandis que le frottement est douloureux.

Vers le 1er août, le malade est soumis à l'emploi du nitrate d'argent, à la dose de 2, puis de 3, enfin de 4 pilules de 1 centigramme chaque. Au bout de quinze jours, les douleurs avaient disparu, l'hypéresthésie avait diminué, la sensibilité était moins *obtuse*.

Vers la seconde semaine, quelques phénomènes d'intoxication argyrique firent interrompre le traitement. On le reprit au bout de dix jours, à 4 centigrammes par jour, jusqu'au 15 octobre. A cette époque, l'amélioration est remarquable, les douleurs n'existent plus, la sensibilité reparaît ; les yeux fermés, le malade place les jambes dans la direction qu'on lui indique; il peut s'accroupir et se relever seul, mais une fois debout, il chancelle et est forcé de s'appuyer; il projette moins les jambes en marchant, et seul, en s'aidant de la rampe, il est parvenu à monter les deux étages d'un escalier.

Dans ce dernier fait, évidemment la guérison est encore loin d'être complète, et il serait urgent de continuer le traitement. Mais en comparant les résultats fournis par le nitrate d'argent, avec l'inutilité parfaitement avérée des médications les plus variées dans le traitement de l'ataxie locomotrice, ne voit-on pas un progrès immense obtenu, et n'est-ce pas le devoir de la presse médicale de répandre le plus possible ces faits, afin de provoquer de nouveaux essais.

A mesure que les faits se multiplieront, on connaîtra mieux et le mode d'administration du médicament et les circonstances étiologiques ou séméiologiques qui peuvent influer sur une action plus ou moins favorable. En rapprochant les deux faits qui précèdent, n'est-il pas permis de se demander si l'action, si rapidement heureuse du nitrate d'argent dans le cas de M. Beau, tient uniquement à ce que l'affection dont son malade était atteint ne datait que de quelques mois, tandis qu'elle remontait à six ans chez le malade de M. Vidal, ou ne doit-on pas y voir un encouragement à pousser les doses du nitrate d'argent plus haut que ne l'ont fait jusqu'ici la grande majorité de praticiens qui l'ont opposée à l'ataxie locomotrice? Pour peu qu'on ait un peu l'habitude de manier ce précieux médicament, on voit bientôt disparaître les craintes que nous ont inculquées la plupart des ouvrages de matière médicale, et l'on apprend bien vite que son emploi bien dirigé est exempt de la plupart des dangers qu'on lui prête.

De nouveaux faits, consciencieusement observés, pourront seuls résoudre ces questions et lever certains doutes qui subsistent encore quant à la nature de la maladie et aux causes qui président à son développement. C'est ainsi que dans les faits observés par

M. Herschell et reproduits dans notre numéro du 30 octobre dernier, on voit une amblyopie amaurotique, symptomatique d'une ataxie locomotrice, céder à l'emploi du nitrate d'argent, tandis que dans trois autres cas, en apparence analogues, cette même médication est restée sans résultat. M. Herschell fait remarquer que le premier malade a toujours été exempt d'affection syphilitique, tandis que les trois autres avaient présenté différents symptômes spécifiques. Il y aurait donc lieu de se demander si la diathèse syphilitique n'imprime pas à l'ataxie un caractère spécial, et si, par conséquent, la médication ne doit pas varier avec les circonstances étiologiques.

Sans entrer, pour le moment, dans plus de détails, bornons-nous donc, en attendant que de nouveaux faits se produisent, à constater qu'aucun agent thérapeutique n'a jusqu'ici fourni, dans l'ataxie locomotrice, des résultats aussi satisfaisants que le nitrate d'argent.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Le délire des pellagreux étudié au point de vue médico-légal. L'Académie des sciences, en promettant un prix d'une valeur très-considérable à l'auteur de la meilleure monographie sur la pellagre, a tracé un large programme aux concurrents, et s'est principalement préoccupée de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement de la maladie ; mais elle ne paraît pas avoir songé aux conséquences juridiques *possibles* du délire des pellagreux. Or, le fait existant, M. Legrand du Saulle vient de tenter de poser un jalon qui ne permît plus désormais de laisser dans l'ombre un côté si intéressant de la question.

Le mémoire que M. Legrand du Saulle a communiqué à l'Académie se termine par les conclusions suivantes :

1° Chez les pellagreux dont l'intelligence a été lésée, le délire subit souvent des transformations, mais les impulsions à l'homicide et au suicide persistent et éclairent le diagnostic médico-légal ;

2° Les troubles psychiques précèdent dans quelques cas les altérations de la nutrition et les phénomènes cutanés, et cette circonstance, — surtout si la pellagre est sporadique, — expose le médecin légiste à de graves erreurs, qu'un examen prolongé pendant un certain temps peut seul lui faire éviter ;

3° Le délire pellagreux *bien constaté* entraîne, en droit criminel, l'irresponsabilité des actes commis, et, en droit civil, la juste suspicion des marchés, contrats, donations et testaments. (*Acad. des sciences*, janvier 1863.)

Opération nouvelle contre les cas graves de rétraction des doigts. M. Verneuil a soumis à ses collègues de la Société de chirurgie le projet d'une opération nouvelle destinée à remédier à la flexion permanente des doigts qui succède aux rétractions cicatricielles. Dans le cas auquel ce chirurgien a eu affaire, toute l'enveloppe tégumentaire des doigts était convertie en une gaîne cicatricielle se continuant avec la large cicatrice qui occupait toute la face palmaire, le poignet, et même une partie de l'avant-bras. Il ne restait plus de doigt auriculaire; il avait été sphacélé. L'espèce de gant cicatriciel qui enveloppait le squelette de la main fixait les autres doigts dans une attitude

telle que les premières phalanges étaient un peu ramassées du côté de la face dorsale, pendant que les dernières phalanges étaient fléchies jusqu'au contact des premières M. Verneuil a appliqué au redressement de ces doigts un procédé autoplastique qui a consisté à tailler, pour chaque doigt, un lambeau allongé rectangulaire, répondant par sa base au milieu de la seconde phalange, et par son sommet au niveau des articulations carpu-métacarpiennes. Une fois ce lambeau isolé par la dissection, le redressement devenait facile. Toutefois, comme on ne pouvait songer à prendre trois lambeaux juxtaposés à la région palmaire, M. Verneuil résolut de n'opérer que les deux doigts extrêmes, c'est à-dire l'annulaire et l'indicateur. Le succès ne répondant pas à son attente, les lambeaux se mortifièrent, et avec eux les tendons fléchisseurs, bien qu'ils eussent été scrupuleusement ménagés dans la dissection. L'analyse rigoureuse que M. Verneuil a faite de ces accidents et de leurs causes montre que l'insuccès du procédé autoplastique pourrait facilement se produire. Dans ces conditions, il propose une innovation qu'il emploierait dans un second cas qui se présente, et qui consiste dans une rétraction extrême de l'index et du médius. Voici comment M. Verneuil expose lui-même cette innovation : « Ne pouvant sûrement ajouter de l'étoffe à la partie antérieure des doigts fléchis, je propose, dit-il, de faire l'ablation d'une partie du squelette en conservant les tendons et tout le ligament du doigt. Il suffirait de faire l'extirpation de l'une des phalanges (la première ou la seconde, en totalité ou en partie) pour rétablir la proportion entre l'enveloppe trop restreinte et le squelette trop développé. Ne pouvant faire une anaplastie par prothèse, je ferai une anaplastie par exérèse. Cette opération, facile à pratiquer, causant peu de traumatisme, serait probablement peu grave, et, tout en mutilant les doigts, laisserait espérer le rétablissement des fonctions. Pour se rassurer sur les suites, et quant aux usages des doigts ainsi raccourcis, il suffit de se rappeler ce qu'on observe après les extirpations de phalanges à la suite de spina ventosa, de carie, de nécrose ou de panaris. (*Gazette hebdomadaire*, décembre 1862.)

Introduction de l'air dans les veines ; emploi des courants continus pour remédier à cet accident des opérations. Cette question importante qu'Amussat avait élucidée au point qu'on en avait abandonné l'étude, vient d'être reprise par un chirurgien de province, M Oré, qui professe la physiologie à l'école de médecine de Bordeaux. Les nouvelles expériences de cet ingénieux chirurgien, et surtout le moyen qu'il propose pour combattre les accidents qui suivent l'introduction de l'air dans le cœur, devant être l'objet d'un prochain rapport à la Société de chirurgie, nous nous bornons pour l'instant à reproduire les conclusions qui terminent son mémoire.

« 1° C'est en étudiant la transfusion du sang que j'ai été conduit a apprécier l'influence de l'entrée de l'air dans les veines.

« 2° L'air, en entrant dans ces vaisseaux, exerce sur l'économie une action qui diffère suivant la quantité qui y pénètre. Si l'animal est d'une taille moyenne (chien) et que la dose ne dépasse pas 50 centimètres cubes, elle sera supportée sans déterminer d'accidents. Cette complication ne sera donc pas à redouter pendant la transfusion, car la seringue à injection qu'on emploie pour la pratiquer est trop parfaite dans son mécanisme pour permettre jamais à une aussi grande quantité d'air de pénétrer dans l'appareil vasculaire. Si la dose s'élève au contraire au-dessus de 60, 80, 100 et 120 centimètres cubes, elle entraînera la mort après deux ou trois minutes.

« 3° L'air en entrant dans les veines *occasionne la distension des cavités droites et frappe d'immobilité les fibres musculaires des parois du ventricule droit*. Les contractions persistent au contraire, *quoique affaiblies*, dans les parois des cavités gauches et dans l'oreillette droite malgré la distension de cette dernière.

« 4° La distension du cœur pulmonaire n'est pas la seule cause de la mort, ainsi que le pensent Nysten, Amussat et avec eux la plupart des physiologistes et des chirurgiens.

« 5° La preuve de cette proposition se trouve dans les résultats d'expériences faites avec l'azote, l'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique ; ces gaz peuvent en effet être introduits dans les veines en quantité égale et même supérieure à celle de l'air qui tue les animaux, sans amener la

mort. Or, tout en tenant compte de leur degré de solubilité dans le sang, sur lequel on n'est pas suffisamment fixé, mes expériences m'autorisent à penser qu'ils doivent distendre le cœur; donc la distension ne suffit pas pour expliquer la terminaison fatale déjà signalée.

« 6° *Je pense que l'air a une action sédative sur la fibre musculaire du cœur qui détermine la paralysie plus ou moins complète du ventricule droit.* La solidarité qui existe entre les diverses parties de l'organe central de la circulation explique comment le trouble apporté dans le mécanisme de l'une exerce un contre-coup fâcheux sur les autres.

« 7° L'action sédative paralysante de l'air étant admise, le raisonnement me conduisait à penser qu'en lui opposant une stimulation énergique locale ou générale, je pourrais empêcher les conséquences funestes que détermine la présence de ce gaz.

« 8° L'excitation des pneumogastriques, vers la partie moyenne du cou, à l'aide des courants électriques empêche la mort.

« 9° Des expériences nombreuses m'ont appris en outre qu'on peut arriver au même résultat sans électriser directement le tronc même du nerf, mais en plaçant un des conducteurs sur la gaîne qui le renferme, dans son voisinage ou même dans la bouche de l'animal, et l'autre dans une plaie faite à la paroi thoracique.

« 10° Cette manière de procéder détermine une dilatation des parois thoraciques qui entraîne par suite la dilatation des poumons. Or, si l'inspiration suffit pour attirer dans le cœur l'air atmosphérique par une ouverture faite à une des veines profondes du cou ou de l'aisselle, il est rationnel d'admettre que la dilatation forcée des poumons par l'action des courants permet à ces organes de débarrasser le cœur d'une partie de l'air qu'il renferme, qu'enfin ils agissent comme une pompe aspirante.

« 11° L'emploi des courants empêchant la mort occasionnée par l'entrée de l'air dans les veines, et affranchissant le chirurgien de la préoccupation inséparable de certaines opérations pratiquées sur le cou ou dans l'aisselle, me semble un résultat heureux et tout à fait inattendu fourni par la physiologie expérimentale. C'est la première fois que cette application de l'électricité a été signalée. »

L'hydrothérapie perfectionnée par la pulvérisation. Selon M. Sales-Girons, l'hydrothérapie n'a jamais considéré l'eau qu'elle employait que comme un liquide froid ou un froid liquide. Cela a suffi jusqu'à ce jour aux indications spéciales du médecin hydropathe. Ainsi, fait-il remarquer, l'hydrothérapie, pratiquée sur les plages maritimes, durant la belle saison, et sur une si vaste échelle, n'a jamais prétendu utiliser la plus riche des minéralisations, celle de l'eau de mer, qui porte jusqu'à 30 grammes de médicament par litre, et d'un médicament dont les indications thérapeutiques sont aussi nombreuses qu'assurées. En un mot, l'eau de mer et l'eau de rivière ont été la même chose pour le médecin hydropathe; pourvu que l'eau soit fraîche ou froide, c'est tout ce qu'il a demandé au liquide. Il y a donc eu cette différence entre le médecin des eaux minérales et l'hydropathe, que le premier ne songe qu'à utiliser la minéralisation de ses eaux, et que l'autre n'y pense pas, lors même qu'il exerce sa médication avec les eaux plus richement douées sous ce rapport.

M. Sales-Girons voudrait donc que l'hydrothérapie, conservant tous ses moyens traditionnels, leur adjoignît l'action thérapeutique des principes minéralisateurs, lorsque l'eau serait minérale, comme celle de la mer, par exemple, et acceptât le moyen nouveau, qu'il vient lui proposer, de faire pénétrer ces principes dans l'organisme; ce moyen, disons-le tout de suite, est la pulvérisation des liquides. M. le docteur Reveil vient de faire une série d'expériences qui, toutes, ont démontré que les eaux chargées de médicaments en dissolution, lorsqu'on les administre à la surface du corps, sous la forme de poussière liquide, sont absorbées à travers la peau, et que l'agent se retrouve immédiatement après dans les sécrétions, telles que la salive, l'urine, etc.

M. Salles-Girons cite l'une des expériences de M. Reveil : il s'agit d'un médecin qui prend un bain avec quatre litres d'eau chargée de 500 grammes de chlorure de sodium et pulvérisée. *Avant le bain*, l'urine du sujet expérimentée porte 1,25 de chlorure de sodium. *Après le bain*, l'urine porte 3,37 de chlorure de sodium, soit 2gr,12 en plus. *Une heure et demie après le bain*, l'urine contient encore 2gr,05 de chlorure de sodium. D'où l'on voit que la pulvérisation a l'avantage, sur tous

les anciens modes de balnéation, de faire pénétrer les agents médicamenteux dans l'économie organique.

A cet effet, M. Sales-Girons a fait construire un appareil qu'il assimile à celui qu'en hydrothérapie on appelle le *bain de cercle*; par cet appareil nouveau, le sujet, nu, se trouve enveloppé tout entier dans un tourbillon de poussière liquide, et il suffit de quatre litres d'eau pour une séance de trois ou quatre minutes. L'auteur pense, sur les données de l'expérience de M. Reveil, que si le liquide employé est de l'eau de mer ou de l'eau salée, non-seulement l'hydrothérapie obtiendra le bénéfice de la réaction consécutive à l'affusion du liquide froid, mais encore, ce qui est aussi important, l'action thérapeutique du chlorure de sodium absorbé à travers la peau durant cette affusion. L'économie de liquide permettrait d'ailleurs d'établir ce moyen hydrothérapique en tout temps et partout, puisqu'une poignée de sel marin et un seau d'eau ordinaire suffisent pour une pulvérisation de plusieurs minutes. Ensuite, la facilité de dissoudre dans cette eau toute espèce d'agents toniques ou substantiels pourrait étendre cette hydrothérapie pour un grand nombre d'effets thérapeutiques à obtenir. (*Soc. d'hydrologie méd.*) décembre 1862.)

Le quinquina spécifique des accidents produits par l'ivrognerie. Suivant M. Houssard, la décoction de quinquina serait tellement efficace contre les accidents produits par l'ivrognerie, le *delirium tremens*, par exemple, que l'honorable médecin d'Avranches n'hésite pas à regarder le quinquina comme le véritable spécifique de ces accidents. Les faits nombreux cités par M. Houssard, qui dit avoir employé avec un succès constant cette méthode depuis quarante ans, ne doivent plus laisser de doute sur son efficacité.

A propos de cette communication, faite par M. Houssard à l'Académie de médecine, M. J. Guérin présente les remarques suivantes sur les effets chimiques qui résultent du mélange d'un macéré de quinquina avec le vin. Nous avons coutume, depuis bien des années, dit il, de prescrire pour les constitutions délicates, détériorées, pour les estomacs affaiblis, pour les poitrines menacées, une boisson aux repas composée avec un macéré de quinquina (3 grammes de quinquina en poudre très-fine par litre d'eau), coupé par moitié avec de bon vin rouge. Ce mélange peut être donné impunément aux personnes les plus délicates, aux jeunes filles, aux enfants et même aux phthisiques. Or, nous avons constaté que ce mélange d'un macéré de quinquina avec le vin a pour effet d'enlever à ce dernier son action irritante et ébriante; si bien que des personnes qui ne pourraient boire deux verres de vin sans en ressentir l'effet vers le cerveau, peuvent impunément boire une demi-bouteille de vin à leur repas et ne ressentent aucun effet de cette quantité de vin ainsi combiné. Ce fait, nous l'avons constaté des centaines de fois, et nous le constatons tous les jours sur nous-même. Nous l'avons aussi communiqué à bien des médecins qui avaient quelque répugnance à conseiller l'usage du vin à de si hautes doses et dans de telles conditions. Nous en avons induit que certains éléments solubles du quinquina (lesquels?) ont la propriété de modifier l'action alcoolique du vin, et nous sommes disposé à croire aujourd'hui que le succès de la médication proposée par M. Houssard s'expliquerait, en partie du moins, de la même manière. Nous livrons ce problème à la sagacité de nos confrères médecins-chimistes. Pour le moment, nous engageons les praticiens à expérimenter l'usage de l'eau de quinquina comme neutralisant les mauvais effets du vin pur sur le cerveau. (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1863.)

De la menstruation de la nourrice comme cause du rachitisme de l'enfant. M. Fox pense que le rachitisme de l'enfant doit le plus souvent être attribué à ce que sa nourrice a été menstruée pendant tout ou partie du temps de l'allaitement. L'auteur a dressé un tableau duquel résulte la démonstration de cette influence. Le degré de l'affection osseuse a même été en rapport direct avec la fréquence des époques cataméniales survenues pendant le nourrissage, ainsi qu'avec leur durée. Mais ainsi qu'on l'a fait observer au sein de l'*Obstetrical Society*, et ainsi que l'auteur lui-même l'a avoué, cette proposition ne doit être considérée que comme un thème à enquête. Il serait dangereux de lui donner dès à présent plus de valeur; car cela conduirait à faire rejeter, comme nourrices, toutes les femmes et même toutes les mères qui sont menstruées pen-

dant une partie du temps de l'allaitement : conséquences qu'il ne faut pas accepter légèrement, puisqu'elle infligerait à une foule de nouveau-nés l'alimentation artificielle, c'est-à-dire des chances certaines de mort. (*Obstetrical Soc. of London*, décembre 1862.)

REVUE DES JOURNAUX.

Aura epilectica partant de l'extrémité de l'index droit; convulsions et crampes du même côté du corps; guérison. Nous avons publié récemment (t. LX, p. 246), un intéressant article de M. Brown-Séquard sur le traitement perturbateur des accès d'épilepsie avec aura, soit en s'attaquant directement à la partie qui est le point de départ de l'aura, soit en arrêtant la transmission des secousses convulsives au moyen d'une ligature. Voici un nouveau cas de succès obtenu par ce médecin, sur un malade de l'hôpital à la tête duquel il est placé; seulement la date encore récente de la guérison doit imposer quelques réserves sur la solidité de cette cure.

Obs. Henri E***, âgé de dix-sept ans, croit avoir eu des convulsions dans son enfance, mais il n'en est pas certain. Sa mère mourut à trente-sept ans, ayant eu quelques accidents épileptiformes une année avant sa mort. La première attaque d'épilepsie survint pendant le sommeil, il resta sans connaissance pendant trois heures. Le nombre total des attaques est de douze. Il sait toujours quand elles commencent, par des élancements et une sensation « d'épingles et d'aiguilles » dans l'extrémité de l'index de la main droite, et constamment cette partie est douloureuse au toucher. La sensation « d'épingles et d'aiguilles » remonte dans le bras et l'épaule, descend ensuite le long du corps jusqu'au pied, et la sensation se prolonge ainsi dans toute la partie droite du corps, sauf la face et la tête. Il n'eut à l'hôpital qu'une seule attaque, mais plusieurs fois il eut des crampes dans le côté droit, qui n'allèrent jamais jusqu'à l'immobilité complète et furent considérées comme des attaques avortées. Une fois cependant l'une d'elles, plus forte que les autres, fut suivie de la perte momentanée de la motilité du côté droit du corps. La flexion de la dernière phalange de l'index cause de la douleur, qui s'irradie sous forme de crampes dans le bras et l'épaule. Ces crampes se montrent deux ou trois fois par semaine. On administra au malade de l'iodure de potassium, et l'on appliqua des vésicatoires autour de l'index, et l'on fit plus tard des onctions avec l'aconitine. Les crampes furent supprimées, et le malade, qui n'avait eu qu'une vraie attaque d'épilepsie depuis son entrée à l'hôpital, n'eut plus aucune attaque d'aucune sorte depuis le 18 août jusqu'aujourd'hui 5 décembre. (*Med. Times and Gaz.*, janv. 1863.)

Plaie de l'artère faciale déterminée par une pommade escarotique; ligature de l'artère carotide externe; guérison. Si jamais il était nécessaire de mettre en parallèle les effets souvent terribles d'une pratique empirique aussi imprudente qu'ignorante et les heureux résultats d'une chirurgie aussi habile que rationnelle, on trouverait un exemple frappant dans le fait suivant :

Un homme de trente-cinq ans, d'un tempérament scrofuleux, se présente, le 2 mai, à M. le docteur Noir, de Brioude, pour être opéré d'une tumeur ganglionnaire placée un peu en avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, a résisté à toutes les préparations résolutives (iode, mercure, etc.). La tumeur étant mobile, M. Noir en fit l'ablation en l'isolant avec précaution, dans la crainte de léser l'artère faciale qui se trouvait un peu en arrière sous le bord du maxillaire. Malgré tous les soins apportés à la dissection, la branche sous-mentale fut divisée ; une ligature aussitôt appliquée arrêta l'hémorrhagie. La plaie fut réunie avec trois points de suture. Tout alla bien jusqu'au 17 mai. A cette époque, une cautérisation légère avec le nitrate d'argent fut pratiquée pour modérer l'exubérance des bourgeons charnus. Le malade trouvant que la cicatrisation ne se faisait pas assez vite alla trouver un empirique qui lui donna une pommade destinée à brûler tous les bourgeons et à faire cicatriser la plaie du jour au lendemain. Cette application eut lieu le

18 juin au soir ; au milieu de la nuit, le malade est tout à coup réveillé par une douleur très-vive et se trouve inondé de sang. La pommade appliquée sur la plaie était arrivée insensiblement, après avoir corrodé les bourgeons de nouvelle formation, jusque sur l'artère faciale qui donnait un jet très-volumineux ; on tâcha d'arrêter l'écoulement avec l'application d'amadou sur la plaie et une forte compression, pendant qu'on alla chercher M. Noir à Brioude, à 10 kilomètres de distance.

Arrivé auprès du malade, notre confrère, après avoir comprimé la carotide primitive et enlevé l'amadou, trouve une plaie noirâtre, circulaire, de 2 centimètres 1/2 de diamètre. Il était inondé de sang et réduit à une très-grande faiblesse. En suspendant la compression, on constatait que le jet partait de la partie postérieure du fond de la plaie; M. Noir fit de vains efforts pour découvrir l'artère, la lier ou la cautériser ; mais les douleurs qu'éprouvait le malade l'obligèrent à s'arrêter et à employer simplement la compression. Un peloton de fil fut placé sous l'angle de la mâchoire et comprimé à l'aide de bandes qui enveloppaient la tête et le cou; des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer dans le fond de la plaie. L'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ, et, après avoir conseillé au malade le repos, la diète et quelques gouttes de teinture de digitale, M. Noir partit avec le regret de n'avoir pu trouver le bout de l'artère pour la lier, s'attendant à voir reparaître l'hémorrhagie.

Le lendemain, en effet, sans qu'on eût touché à l'appareil, l'écoulement recommença, et la perte fut telle qu'en peu de temps le malade, entièrement exsangue, était sur le point d'expirer. Le mauvais aspect de la plaie rendait presque impossible une nouvelle recherche du bout de l'artère lésée au milieu des caillots et des tissus corrodés; il fallut recourir à la ligature de l'artère carotide, immédiatement au-dessous de la naissance de l'artère faciale. L'hémorrhagie fut aussitôt arrêtée. Au bout de trois semaines la ligature se détacha et la plaie ne tarda pas à se cicatriser. Cinquante quatre jours après l'opération, les forces du malade étant à peu près revenues, il put partir pour chez lui, ne conservant de l'état sérieux où l'avait mis son imprudence que deux cicatrices. (*Gazette des Hôpitaux*, déc. 1863.)

Hémorrhagies diverses guéries par la décoction des semences du chardon-marie. Nous avons déjà rappelé une série d'expériences cliniques, entreprises dans le but de vérifier l'action antihémorrhagique des semences du chardon marie (t. LV, p. 36) A ce document nous venons joindre les nouveaux essais faits par le docteur Lange; les résultats sont d'autant plus remarquables qu'on avait administré auparavant sans succès les antihémorrhagiques les plus réputés.

Les onze observations recueillies par l'auteur se rapportent à un cas d'hématémèse, à quatre cas de métrorrhagie (dépendante d'un cancer de l'utérus), à un de menstruation trop abondante (ménorrhagie), deux d'épistaxis chez des scorbutiques, deux de flux hémorrhoïdaux et un d'hématurie. La préparation employée fut la décoction faite avec 30 grammes de semences pour 180 d'eau, dont les malades prenaient une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures; quelquefois M. Lange ajoutait à cette décoction 1 gros d'acide sulfurique. Ordinairement une seule potion suffisait pour mettre fin à l'hémorrhagie, plus rarement elle ne produisait qu'une amélioration très marquée. (*Journ. de Pharm.*, janv. 1863.)

Emploi interne et externe des préparations d'iode dans le traitement des maladies cutanées. D'après M. le professeur Hebra, de Vienne, l'emploi de l'iode à l'intérieur ne serait d'aucun secours dans le traitement de la plupart des dermatoses chroniques. Mais, par contre, son application locale est considérée par ce professeur comme très-utile contre ces mêmes affections. La teinture alcoolique d'iode, aussi bien que la solution d'iodure de potassium ioduré dans la glycérine, et le sulfure d'iode, produisent, comme le deuto et le proto-iodure de mercure, une destruction plus ou moins profonde de l'épiderme en exerçant une stimulation sur la peau et sur son appareil glandulaire ; ces préparations sont donc indiquées pour combattre les produits morbides et les néoformations dont la peau est le siége; elles possèdent pour cette raison une action très-remarquable contre le cloasma et le lentigo.

M. Hebra donne la préférence à la solution d'iode dans la glycérine, selon la formule de Richter (iode pur et hydriodate de potasse, de chaque

14 grammes pour 28 grammes de glycérine pure). Cette solution renferme une plus grande quantité d'iode que la teinture officinale; ses effets sont plus continus et plus efficaces, et elle s'évapore moins promptement que la teinture d'iode. M. Hebra se sert de cette solution, non-seulement lorsqu'il veut détruire les néoformations du lupus, mais encore dans les cas où il est nécessaire de cautériser de larges surfaces sur lesquelles il veut obtenir une cicatrice mince et unie. Il emploie encore comme caustique le sulfure d'iode sous la forme de pommade (une partie de soufre dissoute dans deux parties d'iode pour vingt-parties d'axonge). Il s'en sert plus spécialement pour produire des cautérisations superficielles comme dans l'acné, la couperose, la mentagre, affections contre lesquelles il l'applique pour plus de facilité sous la forme d'emplâtre, renouvelé matin et soir, jusqu'à ce que toutes les papules et les pustules soient détruites, et que la récidive ne soit plus à craindre. (*Gaz. med. ital* et *Presse méd. belge*, décembre 1862.)

VARIÉTÉS.

De l'ophthalmoscope binoculaire [1].

Depuis le compte rendu que nous avons donné de l'état de l'arsenal ophthalmoscopique, t. LXII, p. 522, et dans lequel nous passions en revue les principaux instruments dont dispose l'ophthalmologiste, la science et l'art ont fait une acquisition nouvelle qui réalise, sur l'époque à laquelle nous faisons allusion, un progrès assez marqué pour que nous en devions l'exposition à nos lecteurs. Nous voulons parler de l'ophthalmoscope binoculaire de notre savant confrère M. Giraud-Teulon. Cet instrument, ainsi que l'exprime sa qualification, est destiné à l'usage simultané des deux yeux. Il met l'observateur dans les conditions de la vision ordinaire ou complète; et cet avantage établit, entre lui et toutes les autres instrumentations, une différence considérable qu'il nous sera facile de mettre en lumière.

Mais auparavant, deux mots d'explication sur le mécanisme qui sert de base à cet instrument. La modification apportée par M. Giraud-Teulon dans l'ophthalmoscopie ne porte en rien sur la méthode. Celle-ci est exactement la même et repose sur les mêmes éléments que l'ophthalmoscopie monoculaire. Dans les deux procédés, une image réelle et renversée des membranes profondes, placée entre la lentille objective et le foyer antérieur de cette même lentille, se trouve en face de l'observateur et à la distance moyenne de 20 centimètres, par exemple. Dans l'ophthalmoscopie monoculaire, un seul œil, placé derrière le trou du miroir, reçoit les rayons qui ont servi, par leur concours, à former l'image réelle, et qui, de là, avancent vers lui en divergeant. Dans l'ophthalmoscope binoculaire, un mécanisme particulier partage ces rayons entre les deux yeux. Voici quel est ce mécanisme:

Il consiste simplement en une paire de rhomboèdres en crown-glass à 45 degrés, représentés dans la figure ci-jointe par les parallélogrammes A, à

[1] Nous ne saurions trop recommander à nos confrères la maison de M. Nachet, 17, rue Saint-Severin. M. Nachet n'est pas seulement un fabricant hors ligne, mais encore un savant opticien, aussi les instruments qui sortent de ses ateliers: ophthalmoscopes, microscopes, etc., sont-ils d'une confection irréprochable.

gauche; B, C, à droite. Les rayons lumineux divergents qui doivent atteindre l'observateur viennent se partager en deux faisceaux symétriques sur l'angle commun des prismes A et B, éprouvant sur les faces à 45 degrés de ces prismes une double réflexion totale; ils émorgent du système suivant les parallèles I et I', que sépare un intervalle égal à celui des yeux de l'observateur. Ce dernier, placé derrière l'instrument, se trouve donc avoir en face de chaque œil et en état de parallélisme, deux images analogues à celles dont on se sert en stéréoscopie; il s'agit alors de les amener à coalescence. On y parvient, exactement comme dans le stéréoscope, par les petits prismes représentés, sur la figure, à l'aplomb des lignes I et I' et en avant de l'instrument. Ces prismes déviant, suivant E et E', les rayons I et I', font fusionner les deux images sur la ligne médiane.

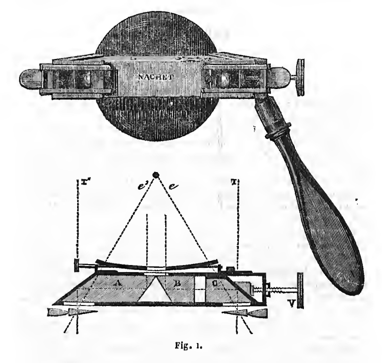


Fig. 1.

Ces petits prismes supplémentaires plans conviendront à toutes les vues assez courtes pour distinguer nettement les détails de l'image aérienne à la distance E E'; quant aux vues trop longues pour cette distance, ou presbytes relativement à elle, les prismes plans sont remplacés par de petits prismes convexes d'un foyer approprié, et contenus dans la même coulisse. Toutes les vues peuvent ainsi s'approprier cet instrument.

Depuis la première publication faite de ce nouvel instrument, il y a été déjà apporté une modification qui le rend applicable aux écartements les plus variables des yeux. C'était une amélioration nécessaire. Dans la disposition premièrement adoptée, les rhomboèdres étaient, des deux côtés, tels que celui repré-

senté en A ; chaque instrument n'était donc destiné qu'à un écartement à peu près fixe des pupilles de l'observateur. Chacun devait donc avoir un instrument spécial pour soi.

En coupant en deux l'un des rhomboèdres, et en rendant sa moitié externe (C) mobile dans une coulisse horizontale, au moyen de la vis de rappel V, M. Nachet a résolu le problème supplémentaire de l'adaptation d'un même instrument à tous les écartements possibles des yeux. Un même exemplaire peut donc aujourd'hui servir à toute une clinique.

M. Nachet a également monté cet instrument sur un support fixe, à tige mobile, pour MM. Leibreich et Foliin : l'instrument ainsi disposé est d'un très-facile maniement pour les démonstrations cliniques.

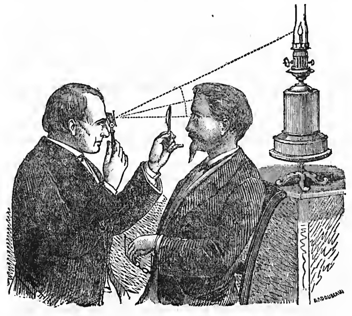


Fig. 2.

La méthode étant ainsi identique à celle qui régit l'ophthalmoscope monoculaire, nous n'avons pas à la rappeler ici. La seule différence qu'elle présente consiste en ce que la lampe qui sert à l'éclairage doit être, comme on le voit, dans la figure 2, placée immédiatement en arrière et au-dessus de la tête du patient. La position de ce dernier, celle de l'observateur, celle de l'instrument, celle de la lentille, doivent toutes être exactement perpendiculaires sur la ligne médiane qui passe par le foyer lumineux et l'axe de l'observé. Il suffit alors d'un léger mouvement du miroir concave, autour de son axe horizontal de suspension, pour que les rayons réfléchis de la flamme viennent passer par le centre de la lentille et de la cornée du sujet.

Ces conditions sont remplies lorsque, comme dans la figure, la normale au miroir divise en deux parties égales l'angle formé par la ligne qui joint son centre

au foyer lumineux, d'une part, et la ligne qui, d'autre part, joint ce même centre à l'œil de l'observé. Cette disposition de la lampe est rendue nécessaire par les réfractions gênantes qu'elle amènerait dans toute autre direction.

Maintenant que nous avons fait connaître le procédé à mettre en usage dans l'ophthalmoscopie binoculaire, disons en quoi elle l'emporte sur toute autre, quels sont, en un mot, les avantages qu'elle procure.

Le premier et le plus simple consiste en ce que deux yeux présentent sur un seul œil double chance de rencontrer un des points de l'image dont l'observateur veut s'emparer. Or, dès qu'un œil a rencontré un de ces points de l'image, l'autre y est aussitôt fixé ; dès lors l'image entière est bientôt en la possession de l'observateur. L'expérience journalière de la rapidité avec laquelle les élèves mettent à profit cet instrument justifie pleinement cette assertion.

Le second bénéfice du procédé, et qui est comme une conséquence du précédent, repose sur la considération suivante : le concours des deux axes visuels n'a pas pour unique avantage de mettre l'image plus rapidement en la possession de l'observateur ; il fixe la position même dans l'espace de cette image aérienne, la sépare, par conséquent, des plans postérieurs sur lesquels elle est inévitablement projetée dans l'examen monoculaire.

Cette détermination de la position de l'image entraîne avec elle le degré harmonique de l'accommodation ; l'observateur n'est dès lors plus dans cet embarras, inhérent à l'ophthalmoscopie monoculaire, d'un œil qui tend à s'accommoder instinctivement pour 30 centimètres, par exemple, pendant que l'objet à voir n'est qu'à 20 centimètres. Cette circonstance est à elle seule d'un prix inestimable.

Mais la vision binoculaire et complète a d'autres effets encore, et plus marquants peut-être. Les objets qui viennent se peindre dans l'image renversée aérienne de l'ophthalmoscopie sont des objets à trois dimensions ; l'image aérienne offre donc aussi ces trois dimensions. Vue monoculairement, l'une de ces dimensions s'évanouit ; elle se présente, en effet, en projection ; c'est un dessin et non plus un objet. La vision binoculaire stéréoscopique (c'est celle de l'instrument qui nous occupe), rend au sensorium les effets de ces trois dimensions. On sait quel en est le premier résultat ; c'est la sensation du relief ou la détermination nette pour l'esprit des positions antérieures ou postérieures relatives des différents détails qui composent cette image. Géométrie de position, sensation des formes et même des qualités des objets, tels sont les avantages procurés par cette vision naturelle ou complète. Rien n'est plus laissé à l'illusion ; plus d'erreurs sur la position respective des différents plans de la perspective.

C'est ainsi qu'on apprécie parfaitement la distance qui sépare la membrane limitante intérieure de la rétine ou la couche de ses vaisseaux superficiels des couches qui appartiennent à la choroïde ; c'est ainsi que toutes les extravasations, les exsudations, les corps quelconques, soit intrus, soit déplacés, se voient dans leur position réelle ; c'est ainsi que la papille apparaît avec sa forme vraie et qu'on ne peut plus prendre une papille convexe pour une papille concave, ou réciproquement ; c'est encore ainsi qu'on perçoit une notion exacte de l'épaisseur même de la rétine, et que l'on peut reconnaître si elle est ou normale, ou atrophiée, ou œdématiée. Nous ne prolongerons pas cette apologie ; nous en avons dit assez pour légitimer et justifier l'appréciation favorable que ce compte rendu a pour objet de répandre. Nous considérons l'ophthalmoscopie première comme destinée à céder complétement la place (en tant que procédé et toute

admiration réservée pour cette belle méthode d'exploration) à l'ophthalmoscopie binoculaire. Comme facilité de manœuvre et précision des enseignements, il est évident pour nous que le domaine à explorer lui appartient désormais, du moins jusqu'à ce que quelque nouveau progrès, encore imprévu, vienne la remplacer.

La promptitude dans l'apprentissage de l'ophthalmoscopie, la supériorité des notions qu'elle procure quand les deux yeux sont employés, voilà deux avantages immédiatement saisissables et qui ne nous laissent aucun doute sur la vulgarisation prochaine de la généralité d'emploi de cet instrument.

Sur le rapport de S. A. I. le prince Napoléon, président de la Commission impériale de l'exposition de l'industrie de 1862, à Londres, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs : MM. Balard, membre de l'Institut ; Nélaton, professeur à l'Ecole de médecine.

Officiers : MM. Demarquay, chirurgien de la Maison de santé ; Wurtz, professeur à la Faculté de médecine.

Chevaliers : MM. le docteur Léeorché, médecin de la Commission impériale; Victor Masson, libraire-éditeur, juge au tribunal de commerce de la Seine ; Charrière fils, Mathieu et Lüer, fabricants d'instruments de chirurgie.

L'Association des médecins de la Seine a renouvelé, dimanche dernier, son bureau pour l'année 1863. M. le baron Paul Dubois, démissionnaire, a été nommé, par acclamation, président honoraire; M. Velpeau a été élu président en remplacement de M. P. Dubois ; MM. Barth et Monneret ont été réélus vice-présidents, et M. Vosseur a été maintenu dans les fonctions de trésorier, qu'il remplit avec tant de dévouement depuis la fondation de l'institution.

Le Conseil général de l'Association des médecins de France a entendu dans sa dernière séance un rapport de M. Davenne, membre du Conseil judiciaire et administratif de l'œuvre, sur la possibilité et l'utilité de fonder dès à présent une caisse de retraite destinée à fournir des pensions viagères aux sociétaires et dans des conditions déterminées. La lecture de ce rapport a été suivie de l'exposé d'un projet formulé en articles et constituant le règlement complet de la fondation nouvelle qu'il s'agit d'instituer.

Après une discussion approfondie, un vote unanime du Conseil général a consacré le principe de la création immédiate d'une caisse de retraite. L'examen et la discussion des articles ont été renvoyés à une séance extraordinaire qui a dû avoir lieu le mardi 20 janvier dernier. Quand le projet aura été définitivement arrêté par le Conseil général, il sera imprimé et adressé à MM. les présidents des Sociétés locales, afin qu'il puisse être étudié dans tous les éléments de l'œuvre, et présenté à la première assemblée générale de l'Association d'octobre prochain, conformément à l'article 11 des statuts généraux.

Pour perpétuer le souvenir des services rendus à l'enseignement médical par le savant professeur Mateucci, pendant son passage au ministère de l'instruction publique, les professeurs de toutes les universités du royaume d'Italie ont réalisé, au moyen d'une souscription accueillie avec enthousiasme, les fonds nécessaires pour lui offrir une grande médaille d'honneur. Le portrait est en-

touré de ces mots : « A Charles Mateucci, 1862. » On lit sur le revers : « Pour avoir établi l'unité des études médicales. » En exergue : « Les CCI professeurs des universités italiennes. »

Un tel hommage honore autant les hommes qui en ont pris l'initiative que le savant illustre qui le reçoit.

Un des derniers actes de M. Mateucci a été d'appeler à la chaire de clinique ophthalmologique de Palerme un médecin très-honorable, connu en France par ses travaux sur cette spécialité, M. le docteur Furnari. Esprit droit, caractère sincère, travailleur modeste, notre confrère italien avait su se créer, à Paris, des relations sérieuses qui, en applaudissant à son élévation, regretteront son absence.

Par arrêté en date du 8 janvier 1863 : M. Lafond, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, et professeur d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé directeur honoraire de cette Ecole. Par suite de cette retraite, M. Hélie, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, devient titulaire de ladite chaire. M. Laennec, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie. M. Calloch est nommé professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie. M. Boulicch, docteur en médecine, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Jeanjean, décédé. M. Donnadieu, bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Boulicch.

Par arrêté en date du 15 décembre 1862, M. Ernest Faivre, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés, au Collége impérial de France.

Par arrêté en date du 7 janvier, M. le docteur Nève a été nommé médecin consultant au lycée impérial de Bar-le-Duc.

Sur la présentation du Conseil de salubrité, le préfet de police a nommé président du Conseil, pour l'année 1863, le docteur Duchesne ; secrétaire, M. Trébuchet.

Un commencement d'épidémie de fièvres typhoïdes s'étant manifesté parmi les élèves de l'Ecole de Saint-Cyr, le maréchal ministre de la guerre a ordonné le renvoi immédiat, et jusqu'à nouvel ordre, des élèves dans leurs foyers. On pense généralement que l'absence des élèves pourra durer de quinze à vingt jours.

Un avocat de Londres, M. Almond Cropper, mort sans héritiers, vient de léguer toute sa fortune aux pauvres. Elle s'élève à plus de 200,000 francs de rentes annuelles, qu'il a réparties entre les hôpitaux et autres établissements de charité. A de si grands bienfaits la publicité universelle est due, pour la faire admirer et imiter.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la maladie bronzée d'Addison et des fonctions des capsules surrénales.

Par M. le docteur Duclos (de Tours), médecin de l'hôpital Saint-Gatien.

Il y a quelques années, un médecin anglais, déjà connu par d'importants travaux cliniques, le docteur Addison, signalait à l'attention une maladie singulière dans sa forme, dans son expression symptomatique, dans les lésions anatomiques qui l'accompagnaient. Cette affection, à laquelle il donnait le nom de *maladie bronzée*, avait pour caractère extérieur essentiel une coloration spéciale des téguments, qui devenaient d'un bronzé noirâtre, et, dans tous les cas observés par Addison, elle avait paru liée à une lésion des capsules surrénales. La monographie publiée en 1855 par Addison comprenait onze faits dans lesquels la maladie bronzée avait à peu près invariablement semblé coïncider avec des altérations des capsules. Ces altérations n'avaient rien de fixe, rien d'absolu, rien de spécifique, au même titre par exemple que l'altération des plaques de Peyer dans la dothinentérie; mais toujours l'état bronzé de la peau avait coïncidé avec une lésion, quelle qu'elle fût, des capsules surrénales.

Addison avait d'ailleurs grand soin d'ajouter qu'il s'agissait ici d'une véritable maladie spéciale, d'une entité morbide, et non d'un fait physiologique bizarre, exceptionnel, accidentel, comme le mélanisme. On sait, en effet, qu'en dehors de toute maladie spéciale, on a vu dans quelques cas extrêmement rares la peau prendre une teinte brunâtre et même absolument noire, teinte habituellement passagère, quelquefois pourtant persistante. De Bomare, Camper, Starck, Blumenbach, Haller, Ludwig, Albinus, en ont cité de très-curieux exemples rapportés par Prichard, dans son Histoire naturelle de l'homme. — Dans ces faits, tout se réduit au mélanisme. Dans ceux d'Addison, le mélanisme n'est qu'un symptôme, qu'une expression de la maladie, l'expression capitale sans doute ; mais il n'est pas plus la maladie tout entière que la pustule variolique n'est toute la variole, ou la surabondance des globules blancs du sang n'est toute la leucocythémie.

Il était impossible qu'un fait de cette importance passât inaperçu. D'autres praticiens en Angleterre ne tardèrent pas à en signaler de semblables et à confirmer par leurs propres observations les faits indiqués par Addison.

En France, un homme d'une rare sagacité, le docteur Lasègue,

se chargea d'analyser, dans les Archives générales de médecine, le travail d'Addison et d'appeler sur ces faits si nouveaux l'attention des praticiens. Quelques observations ne tardèrent pas à être publiées, rares pourtant, mais la plupart confirmant, de la manière la plus nette, les résultats annoncés par le médecin anglais.

J'ai eu deux fois dans ma pratique l'occasion d'observer la maladie d'Addison. Le premier fait, je l'avoue, passa à peu près inaperçu. Ce devait être vers 1850. Le travail du praticien anglais n'avait pas encore paru. Personne parmi nous ne soupçonnait même l'existence de la maladie bronzée. Je vis le malade une seule fois en consultation à mon cabinet, et si, depuis la lecture du travail du docteur Lasègue, celle de quelques observations, le fait que j'ai si minutieusement suivi, ne m'avaient vivement frappé l'esprit, il est bien probable, il est tout au moins possible que ce premier exemple n'eût laissé aucune trace dans ma mémoire.

Le second fait est celui que je me propose de publier aujourd'hui. Cette fois, j'ai pu suivre la malade de près, la voir presque chaque jour, en la gardant à mon hôpital, l'étudier à tous les points de vue, et faire une recherche nécroscopique aussi complète que possible. Elle a été pour moi le sujet de bien des réflexions, soit de physiologie, soit de pathologie, que j'essayerai de résumer après avoir fait le récit de l'observation.

Exposons d'abord le fait lui-même :

La femme A. F***, âgée de trente-six ans, m'est amenée de la campagne à l'hôpital Saint-Gatien. Elle y entre le 4 novembre 1862. Sa constitution me paraît avoir été assez vigoureuse ; son activité, grande. Cette femme travaillait à tous les ouvrages auxquels on a l'habitude d'employer une femme de ménage.

Elle n'a jamais eu de maladie bien grave, quelques fièvres intermittentes seulement. Aucune disposition particulière à aucune maladie. Habituellement bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants.

Elle me raconte qu'il y a environ dix mois, à la suite de travaux de lavage de linge en plein air, travaux qu'elle croit avoir été un peu excessifs, sa peau a pris une teinte brunâtre, qu'elle attribuait tout d'abord à ce qu'elle appelait *le hâle*, coloration particulière que prend la peau chez les personnes exposées à toutes les intempéries, et sur tous les points du corps qui subissent l'action du froid, de l'humidité, du soleil. En même temps elle ressentait une faiblesse générale extrême, qui allait chaque jour croissant. Aucun symptôme d'ailleurs insolite ne se manifestait. L'estomac, les entrailles, la poitrine se maintenaient dans un état régulier. Seulement le flux

mensuel avait commencé par diminuer de quantité, puis par prendre une coloration de moins en moins foncée, et enfin par disparaître absolument.

Cette situation avait été toujours progressant, bien que lentement, sans qu'aucun symptôme nouveau survînt ; seulement la coloration brune de la peau s'était de plus en plus prononcée. Toute la surface du corps était devenue comme enfumée, exactement semblable à celle du mulâtre le plus pur, et, de plus, dans quelques points, des plaques s'étaient formées plus foncées, plus brunes, plus noires, exactement identiques à la peau du nègre le plus parfaitement nègre. Le sentiment général de faiblesse avait toujours été croissant, au point de rendre tout véritable travail impossible.

Ainsi, et en résumé, teinte noire générale de toute la peau, plus foncée, plus rigoureusement noire dans quelques points ; — cessation du flux mensuel ; — sentiment d'extrême faiblesse, tels étaient les symptômes qui, depuis dix mois, avaient préoccupé la malade. Ces renseignements recueillis, je l'examinai et je constatai l'état suivant :

La peau est dans toute son étendue d'une teinte noirâtre, complétement identique à celle d'un mulâtre. Il m'est facile de constater cette identité, en ce qu'à la même époque je trouve à Tours un mulâtre, et que, l'ayant fait venir chez moi, je le place auprès de la malade.

L'identité est parfaite. De plus, à la partie postérieure du cou, dans toute l'étendue qui sépare l'occiput du tronc proprement dit, la teinte est absolument noire, noire à la manière d'un véritable nègre. Je retrouve cette même teinte noire au pli de l'aine droite, à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, au coude droit et sur le dessus du pied gauche. D'autres plaques un peu plus foncées que sur le reste du corps, mais moins noires que les précédentes, se rencontrent aussi sous l'aisselle gauche et sur la cuisse droite.

Je ne constate rien à la sclérotique, rien à la conjonctive. J'examine les yeux à l'ophthalmoscope. La rétine et la choroïde ne présentent rien de particulier. La perception des couleurs est très-nette. La muqueuse buccale offre de distance en distance des plaques noirâtres, de véritables marbrures semblables à celles que présente la cavité buccale chez certains chiens. Les dents sont entourées de l'auréole qu'on rencontre dans la plupart des affections saturnines. Rien au voile ni à la voûte du palais ; rien à la muqueuse pharyngienne. La salive est de quantité ordinaire et acide.

Un assez grand nombre de cheveux sont tombés. Beaucoup sont devenus gris depuis le début de la maladie.

Les ongles présentent à leur racine un petit liséré bleuâtre, qui rappelle celui du nègre.

En auscultant la poitrine, on constate l'intégrité parfaite de la respiration. Seulement un bruit de souffle au cœur, au premier temps, et du souffle également dans les carotides. Son normal en avant et en arrière.

En palpant et percutant l'abdomen, on ne trouve aucune altération de la résonnance normale, et on ne constate aucun développement maladif d'aucun organe. Du reste, ni vomissements, ni toux, ni diarrhée; plutôt un peu de constipation. Les matières fécales convenablement colorées.

L'urine légèrement acide ; aucune trace de glucose ni d'albumine.

Peu de transpiration. La sueur a son odeur habituelle; elle ne teint pas le linge en noir; à peine alcaline, plutôt neutre.

Je remarque que la malade marche un peu courbée. Elle attribue cette disposition à une douleur à peu près fixe et permanente qu'elle éprouve dans les lombes autant qu'à sa faiblesse.

En présence de cet état d'anémie générale, d'affaiblissement profond, je conseillai une médication tonique, du fer, du quinquina, de l'huile de foie de morue, le tout avec le correctif d'un peu de bicarbonate de soude, — puis une alimentation très-réparatrice, de bon vin, de la viande, des légumes.

Sous l'influence de ce régime, la malade éprouva assez rapidement une notable amélioration. Elle se sentit bientôt un peu moins faible; elle allait et venait. De temps en temps elle venait de l'hôpital chez moi. Deux fois même, se trouvant notablement mieux, elle avait fixé le jour de son départ. Elle avait donc une espérance que je ne partageais pas, instruit par l'expérience d'Addison, lorsque le 9 décembre au matin, elle sentit un malaise considérable, une débilitation extrême, une sorte de sidération. Quelques heures après, des vomissements survenaient coup sur coup, composés d'abord des matières alimentaires prises la veille au soir et de la soupe prise le matin, puis de mucosités, et le jour même la malade succombait à trois heures de l'après-midi, au milieu des vomissements et après trois à quatre heures seulement du développement de ces accidents inattendus. Elle était restée cinq semaines à l'hôpital.

Je fis l'autopsie vingt heures environ après la mort, et je constatai l'état suivant :

Poitrine. — Intégrité parfaite des deux poumons. Pas de traces

de tubercules. Aucune lésion. Quelques petites et minces adhérences de la plèvre droite. — Etat parfaitement normal du cœur. Pas d'épanchement péricardique.

Abdomen. — Foie et rate à l'état normal : ni maladie, ni hypertrophie, ni dégénérescence. — Estomac à l'état sain. — Rien au mésentère. Pas de ganglions développés. J'emporte chez moi les reins et les capsules surrénales pour les examiner minutieusement, et je constate :

Etat parfaitement normal des reins. Ni friabilité, ni ramollissement, ni congestion. Aucune lésion.

Les deux capsules surrénales sont au contraire le siége d'une dégénérescence cancéreuse complète. Elles forment toutes deux deux grosses tumeurs ovoïdes, irrégulières, très-bosselées, très-dures. Quand je les incise avec le scalpel elles crient. Le tissu est exactement le tissu lardacé, squirrheux le plus parfait. Je les incise en présence de mon honorable confrère, M. le docteur Patry, de Sainte-Maure, et nous constatons ensemble cette dégénérescence. Leur volume est celui d'un œuf, mais bosselé. Leur poids est de 48 grammes pour la capsule surrénale gauche, et de 51 grammes pour la capsule surrénale droite. Je remarque qu'il n'y a dans la capsule aucune cavité. Leur poids et leur dimension ont été appréciés après les avoir débarrassées de tout le tissu celluleux qui les entoure et avoir mis à nu la capsule surrénale pure et simple.

Pas de plaques brunâtres à la surface, ni du péritoine, ni du péricarde, ni de la plèvre.

J'ai longuement exposé cette observation parce que, dans une maladie si nouvellement étudiée, tout détail pourra un jour avoir son importance ignorée aujourd'hui. Résumons-la en quelques lignes et nous dirons : Maladie bronzée d'Addison : onze mois de durée ; mort soudaine, au moment le plus inattendu, en quelques heures de vomissements ; cancer des capsules surrénales ; intégrité parfaite de tous les autres organes.

Il était impossible qu'un tel fait passât dans le champ de l'observation sans donner naissance à plus d'une réflexion, tant de pathologie que de physiologie.

Et d'abord, remarquons la singulière couleur de la peau. Elle est vraiment identique à celle du mulâtre et du nègre, ainsi qu'un rapprochement a pu permettre de le constater. Elle n'est pas bronzée ainsi qu'on le dit si improprement. C'est du noir avec toutes les intensités de tons possibles, depuis l'état simplement enfumé jusqu'au noir du plus pur Guinéen. Ce n'est donc pas une maladie bronzée,

une transformation de la couleur normale de la peau en couleur do bronze. Non. C'est, qu'on me permette le mot, une véritable négrification.

J'insiste, et j'insiste énormément sur ce point, et il y a une raison sérieuse de le faire, bien autrement sérieuse qu'un simple changement de nom do la maladie. Cette raison, la voici : On sait que, dans certains cas, et particulièrement chez les buveurs de profession, très-adonnés le matin au vin blanc pris à jeun, il s'établit fréquemment un ictère à forme spéciale, à marche lente, et dans lequel la peau prend une teinte de bronze plus ou moins clair. J'ai vu cela assez souvent, et tous les praticiens l'ont vu. Il m'est même arrivé dans un cas qu'un malade m'était adressé commo atteint de maladie d'Addison, et cet homme, buveur incorrigible, n'avait rien autre chose qu'un ictère bronzé. Voici donc une première occasion d'erreur dans le diagnostic.

On sait encore qu'il existe une autre variété d'ictère, l'ictère noir, très-justement appelé *ictère malin*. Dans celui-ci, la teinte bronzée de la peau prend une couleur bien plus foncée que dans le précédent, mais une couleur qui n'est pas davantage celle de la maladie d'Addison. Cet ictère noir se termine aussi le plus habituellement par la mort, et vraiment on comprend bien que, si le foie n'est pas développé d'une manière anormale, si rien n'appelle l'attention de ce côté, le médecin qui n'a jamais vu la maladie d'Addison se croit en présence d'un cas de cette singulière affection. Voici donc encore une nouvelle erreur de diagnostic.

On sait enfin qu'il y a quelques années, M. Boucher do la Ville Jossy (Union médicale, mars 1861, et Gazette des Hôpitaux, avril 1861) a communiqué à la Société médicale des hôpitaux une observation très-détaillée et une autre très-abrégée do malades offrant une coloration brune très-prononcée de la peau. M. Boucher prenait grand soin d'indiquer dans son travail qu'il ne s'agissait pas de la maladie bronzée d'Addison, mais bien d'une cachexie produite par l'action débilitante combinée du froid humide et d'une alimentation probablement insuffisante. Ce serait donc encore là une nouvelle source d'erreur, si vraiment le fait cité par M. Boucher n'est pas un cas de maladie d'Addison. On voit que je conserve à cet égard quelques doutes, et en voici le motif : M. Boucher n'a pas donné le résultat définitif de son observation ; il nous dit que, le 13 mars « la coloration brune s'efface chaque jour davantage ; celle du tronc toujours plus indiquée. » Il ajoute que, « vers le milieu de mars (ce qui ressemble beaucoup au 13), on observe encore une

apparence cachectique bien prononcée. » La communication est faite à la Société médicale des hôpitaux dans ce même mois de mars, tellement qu'elle est insérée dans l'Union médicale le 28 mars. L'observation est donc vraiment bien insuffisante et ne permet guère de formuler aucune conclusion. On a vu par l'histoire de notre malade que, sous l'influence d'un bon régime, elle avait repris des forces et éprouvé dans son état général une telle amélioration, qu'à deux reprises différentes elle voulait retourner dans sa maison. Elle n'en succombait pas moins, et l'autopsie justifiait l'opinion d'Addison. J'ai tenu pourtant à mentionner le fait de M. Boucher de la Ville Jossy, afin qu'il ne pût pas être opposé aux recherches et aux affirmations du praticien anglais, et j'incline à penser que si M. Boucher avait eu alors l'occasion d'observer de très-près quelque maladie d'Addison, son opinion à l'égard de son malade se fût peut-être modifiée.

On comprend pourquoi j'insiste tant sur le fait que, dans la maladie d'Addison, la teinte de la peau n'est pas bronzée, mais bien noire, avec toutes les variétés de ce noir, depuis le quarteron et le mulâtre jusqu'au nègre le plus parfait.

Un second fait qui me frappe beaucoup, c'est le sentiment d'extrême faiblesse manifesté dès le début de la maladie. Plus j'y réfléchis, plus je demeure convaincu que le malade subit alors un véritable empoisonnement, une vraie intoxication par la matière pigmentaire, et que cette oppression considérable des forces qu'il éprouve ne tient à rien autre chose qu'à cette intoxication.

Un autre fait digne de remarque est la présence des douleurs lombaires qui, chez notre malade, ont été fixes et vives; chez le malade de M. Houssay, lancinantes et violentes; chez le malade de M. Trousseau, cessant rapidement pour revenir, sans aucun caractère de fixité; chez d'autres, enfin, vagues et mobiles à la manière des douleurs rhumatismales. Leur persistance dans les lombes, l'influence qu'elles exerçaient dès lors sur l'attitude de la malade, tenaient-elles à la lésion des capsules surrénales ? J'inclinerais à le penser.

J'appelle aussi l'attention sur l'inégalité de teinte des différentes parties du corps. Par quelle bizarrerie la matière pigmentaire vient-elle se déposer par larges plaques noires dans tel ou tel point ? Pourquoi chez tel malade le point envahi de préférence n'est-il pas le même que chez tel autre ? Comment une matière identique à elle-même, le pigment, forme-t-elle des dépôts de teinte si inégale ? On voit combien de questions laisse encore à résoudre cette maladie.

Il en est une toutefois sur laquelle mon attention s'est vivement fixée ; je veux parler de la manière dont la mort survient. La malade n'avait rien éprouvé de plus, ni de différent. Elle n'avait commis aucune imprudence; et voilà que tout à coup des vomissements se déclarent, et qu'elle est emportée en quelques heures. Qu'est-ce qu'un fait pareil ? J'y ai réfléchi, et voici ce que je pense:

Il y a évidemment ici une intoxication par la matière pigmentaire. Quand l'économie en est saturée, quand ses forces, peu à peu épuisées, ne peuvent plus suffire pour produire de la réaction, alors la moindre ondée nouvelle introduite dans l'économie devient l'occasion de la catastrophe. Remarquons bien quelle analogie a cette mort avec celle qui suit l'introduction dans l'économie d'un grand nombre de poisons animaux. Remarquons bien encore que c'est ainsi qu'on meurt dans l'ictère malin, dans certaines absorptions putrides, soit que la matière toxique vienne du dehors, soit que l'économie la prenne en elle-même. Remarquons enfin qu'aucune lésion matérielle locale n'explique, ne justifie ce genre de mort, et nous arriverons à cette conclusion, que la mort est ici le résultat de l'intoxication.

C'est encore, à n'en pas douter, cette intoxication elle-même qui détermine cette extrême faiblesse, si extrême, que, de tous les symptômes, aucun ne frappe davantage le malade. Comment en effet comprendre cette débilitation considérable, se produisant dès le début de la maladie, et à propos d'une lésion souvent peu étendue, peu notable, de la capsule surrénale, quand nous voyons chaque jour des lésions graves et profondes, des dégénérescences dans des organes étendus, volumineux, immédiatement nécessaires à la vie, n'apporter pendant longtemps à la vie et à la santé générale aucun trouble apparent ? L'autopsie ne nous montre-t-elle pas chez des hommes qui succombent par suite de quelque accident, des lésions anciennes sérieuses, des tuberculisations hépatiques ou pulmonaires, des productions carcinomateuses variées, dont rien pendant la vie n'avait pu ni révéler, ni même faire soupçonner l'existence. La faiblesse, le trouble profond de la santé qui se manifestent dès le début de la maladie d'Addison sont donc véritablement l'effet non de la lésion locale, souvent presque insignifiante, mais bien l'effet toxique de l'imbibition pigmentaire générale.

Je ne dirais pas toute ma pensée si je n'ajoutais que, dans les cas où la mort ne survient pas brusquement, c'est encore cette même cause qui la produit. Les malades s'épuisent peu à peu, graduellement, par un amaigrissement progressif, sans cause apparente de

déperdition, sans vomissements, ni diarrhée, ni sueurs abondantes, ni hémorrhagies. Ils sont peu à peu minés par l'influence du poison qui les imbibe. Ils meurent comme on meurt dans les empoisonnements lents, comme on meurt encore dans certaines asphyxies très-lentes, par une extinction graduelle, un anéantissement progressif des forces, l'économie s'imbibant dans le premier cas, de substances toxiques, dans le second cas, de sang veineux.

Je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens sur ces considérations de pathologie. Elles me semblent en effet avoir une grande importance dans l'histoire de la maladie d'Addison, et autant que je puis le croire, aucun observateur ne les a encore signalées.

On voit que bien des questions doivent encore être étudiées à propos de cette singulière affection. Au point de vue de la physiologie, elle n'est pas moins intéressante.

Le premier travail d'anatomie pathologique des capsules surrénales publié en France est, je crois, celui que le professeur Rayer a inséré dans le journal l'Expérience (10 novembre 1837). Dans le mémoire que j'ai sous les yeux, M. Rayer faisait connaître deux observations, recueillies dans son service, d'apoplexie des capsules surrénales, une troisième, recueillie à l'hôpital Saint-Louis, d'hémorrhagie des capsules, une quatrième, empruntée aux *Ephémérides des curieux de la nature*, de kyste hémorrhagique, et il en empruntait deux autres à Lieutaud, et une à Morgagni. Il ajoutait avoir constaté avec Cazalis des hémorrhagies et de simples ecchymoses chez des enfants nouveau-nés, avec M. Andral des abcès, avec M. Louis et Baillie des tubercules, des cancers, comme l'avaient noté M. Cruveilhier, Bonet, Fanton, Sandifort. Sœmmering avait indiqué des transformations cartilagineuses, Vauquelin des ossifications, Lobtein des dégénérescences crétacées. L'hypertrophie, l'atrophie, avaient été également observées. Cette étude d'anatomie pathologique avait conduit M. Rayer à conclure que les capsules surrénales sont absolument indépendantes des reins, et de plus que l'anatomie pathologique n'apportait guère de lumière sur les fonctions de ces organes. Chose vraiment très-digne de remarque, ni M. Rayer, ni aucun des très-nombreux auteurs qu'il citait, ne notaient la moindre modification dans la couleur de la peau, rien qui eût le moindre rapport avec l'état qu'Addison devait décrire dix-huit ans plus tard.

Depuis cette époque, un certain nombre de praticiens ont, par des recherches nécroscopiques multipliées, confirmé les observations qui précèdent, et montré de quelles lésions diverses les capsules surrénales peuvent devenir le siége. Aucun, ce me semble, ab-

solument aucun jusqu'à Addison n'avait constaté la coïncidence de ces lésions avec une altération spéciale de la couleur de la peau et l'invasion de symptômes fatalement mortels.

Addison lui-même et, depuis lui, un bon nombre d'observateurs ont établi que des lésions profondes, étendues, pouvaient envahir les capsules surrénales, sans s'accompagner d'aucun symptôme particulier, et surtout sans déterminer la coloration bronzée de la peau. Addison cite lui-même un cas dans lequel les deux capsules présentaient des productions carcinomateuses, sans que le malade eût jamais offert le moindre signe de la maladie bronzée. On comprend toute la valeur du témoignage d'Addison dans cette question.

Il est donc bien établi que dans tous les cas de maladie bronzée d'Addison les capsules surrénales sont malades, mais que les capsules surrénales peuvent-être altérées, et profondément altérées, sans déterminer la maladie d'Addison.

Qu'est-ce donc que ces singuliers organes? Quelles sont leurs fonctions? La maladie d'Addison jette-t-elle quelque jour sur leur rôle dans l'économie? La question est pleine d'intérêt.

M. Rayer, dans son travail que j'ai résumé, après avoir établi leur indépendance des reins, leur liaison avec l'acéphalie, leur indépendance des organes de la génération, arrive à cette dernière conclusion : « Jusqu'à ce jour l'étude des altérations des capsules surrénales n'a jeté aucune lumière sur leurs fonctions, et les espérances de quelques médecins anatomistes à cet égard ne se sont point réalisées. »

Les expériences de Brown Sequard, celles de M. Gratiolet, celles de M. Vulpian, ont fait faire un grand pas à la question, depuis que le professeur Rayer formulait cette conclusion. Il résulte en effet des travaux entrepris pas ces observateurs distingués que les capsules surrénales sont douées de sensibilité, qu'elles sont nécessaires à la vie, que leur extirpation est invariablement suivie de mort après une douzaine d'heures, que les plaies de la moelle épinière déterminent une hypérémie des capsules, suivie d'une violente inflammation. En tenant compte de tous ces faits, et en se rappelant cette singulière épizootie observée chez les lapins et caractérisée par une inflammation des capsules surrénales, inflammation qui produit identiquement les mêmes effets que l'extirpation de ces organes, Brown Séquard rapproche les faits de maladie d'Addison, et il arrive à cette conclusion qu'une de leurs fonctions principales « consiste en une modification spéciale d'une substance douée de la propriété de se transformer en pigment, modification qui lui fait perdre cette propriété. » (Trousseau, Clinique médicale, t. II.)

Pour bien comprendre toute la portée de ces expériences au point de vue de la maladie d'Addison, il est bien nécessaire de ne pas oublier que la lésion des capsules a été constante dans tous les cas de maladie bronzée. C'est un fait sur lequel je ne saurais trop insister. Sans doute la lésion n'est pas toujours aussi tranchée, aussi grossièrement palpable que dans l'observation que j'ai recueillie, ou dans celles de M. Trousseau, de M. Second Ferréol, ou dans les cas assez nombreux publiés par la Gazette hebdomadaire, ou dans l'exemple si intéressant du Medical Times and Gazette (15 mai 1858). Quelquefois même, comme dans le cas rapporté par M. Charcot (1857), la lésion des capsules n'est bien appréciable qu'à l'examen microscopique. Toujours est-il que jusqu'ici il n'existe pas, je crois, dans la science, un seul cas de maladie pigmentaire d'Addison sans lésion des capsules surrénales. Tigri (Gazette médicale de Toscane, juillet 1855 et mai 1857) est peut-être le seul observateur qui ait eu l'idée de rattacher la maladie bronzée à une lésion de la rate, et il est juste de dire que rien, absolument rien depuis, n'a confirmé cette opinion.

Une observation tout récemment publiée par le docteur Houssay renferme même un détail curieux et que je tiens à noter. Le malade éprouvait, quand la coloration brune arrivait à son maximum d'intensité, une douleur de côté s'irradiant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, et en avant à l'épigastre et au ventre. L'intensité de la coloration bronzée était toujours en rapport avec l'intensité de cette douleur. « La figure, dit M. Houssay, était pour ainsi dire un cadran sur lequel venait se graduer la force du mal. »

Voilà donc des faits bien établis, des expériences faites avec le plus grand soin par MM. Brown Sequard, Gratiolet, Vulpian ; voilà une singulière épizootie dans laquelle les lapins présentent les mêmes symptômes que si on eût extirpé les capsules, et de plus dans laquelle le sang des lapins malades injecté à d'autres lapins reproduit identiquement les mêmes désordres, communique la même maladie. Est-ce qu'il n'y a pas un enseignement à tirer de tous ces documents ? Est-ce qu'ils n'éclairent pas la question des fonctions des capsules surrénales ?

Brown Sequard se borne à dire qu'une de leurs fonctions consiste à enlever la propriété de se transformer en pigment à une substance spéciale. Faut-il se borner à cette simple conclusion, un peu vague d'ailleurs ? Peut-on aller au delà ? Essayons au moins de faire quelques pas en avant.

On sait que depuis quelques années l'attention a été appelée sur

la leucocythémie, soit ganglionnaire, soit splénique, maladie qui a fourni à M. Vidal l'occasion d'un fort beau travail. Wirchow, l'ingénieux auteur de si remarquables recherches sur les embolies, et Bennett qui, les premiers, ont bien observé cette singulière affection, sont arrivés, comme on le sait, à deux conclusions opposées. Wirchow admet que la rate et les ganglions lymphatiques sont chargés de détruire les globules rouges du sang, d'où résulte l'excessive prédominance relative des globules blancs. Bennett, au contraire, admet que la rate et les ganglions lymphatiques sont chargés de former les globules blancs, lesquels se modifient et se colorent dans d'autres parties du système circulatoire, et que dans la leucocythémie la rate hypertrophiée produit une si immense quantité de ces globules blancs, qu'il ne peut s'en colorer qu'une proportion extrêmement faible. Quoi qu'en aient dit M. Vidal et Magnus Huss, la théorie de Wirchow, si elle n'est pas matériellement démontrée, ce qui n'est d'ailleurs jamais absolument possible pour aucunethéorie, semble vraie. Elle est celle qui répond le mieux à l'observation de tous les faits et à toutes les circonstances de la maladie, et j'avoue que pour moi, comme pour Wirchow, la rate et les ganglions lymphatiques sont de grands agents de destruction des globules rouges du sang, tant de faits d'observation clinique, tant de rapprochements me semblent conduire à cette opinion.

Or, remarquons bien l'analogie frappante qu'il y a entre la rate et les capsules surrénales, la glande thyroïde, le thymus, qui sont tous des glandes sans conduit excréteur. (Rayer a démontré que le prétendue cavité des capsules surrénales était un produit de lésion pathologique. — Expérience, 1837). Ne se passe-t-il pas pour la maladie d'Addison, dans les capsules surrénales, ce qui se passe dans la rate, à propos de la leucocythémie ?

J'y ai beaucoup réfléchi, j'ai fait des rapprochements, ce qui est en définitive la meilleure manière de juger une question. J'ai pesé, comme on va le voir, toutes les objections, et je suis arrivé à cette conclusion : que les capsules surrénales sont chargées de détruire d'une certaine manière la matière pigmentaire; en sorte que si, sous l'influence de telle ou telle lésion, leurs fonctions sont absolument abolies, la matière pigmentaire n'est plus détruite comme elle doit l'être, et vient affluer dans le derme.

Je ne me dissimule pas toutes les objections qu'on peut faire à cette théorie. Je me les suis faites moi-même. Voyons pourtant s'il est possible d'y répondre.

La première, la plus importante est celle-ci : si la théorie est

vraie, la maladie d'Addison devrait se produire dans tous les cas de lésion considérable des capsules surrénales. L'objection est grave; mais pourtant n'est-il pas vrai que des lésions considérables du foie, des carcinomes, des tuberculisations, des hypertrophies, sous l'influence de la fièvre palustre, peuvent se produire sans déterminer d'ictère, sans suppression de la sécrétion biliaire, sans altération des fonctions du système de la veine porte?

N'est-il pas vrai encore que des lésions considérables du rein peuvent avoir lieu sans suppression et même quelquefois sans modification apparente de la sécrétion urinaire? M. Rayer et tous les auteurs en ont cité un très-grand nombre d'exemples, et pour ma part j'en ai vu quelques-uns bien étonnants.

Qui donc pourtant oserait nier, en raison de ces faits, que le foie sécrète la bile, et le rein, l'urine?

Je multiplierais ces exemples à l'infini : on en a cité de semblables à propos de la parotide, à propos des testicules, à propos de tous les organes dans lesquels la fonction de sécrétion reste incontestable.

La conclusion que j'en veux tirer, c'est que souvent la lésion anatomo-pathologique, même étendue, ne détruit pas absolument la fonction de l'organe envahi, et cela est encore vrai pour d'autres organes que les glandes. Qui de nous n'a pas vu ou lu des observations dans lesquelles on trouvait des tumeurs du cerveau n'ayant produit aucun symptôme appréciable pendant la vie? Et la matrice? et les ovaires? La proposition reste donc vraie dans sa généralité, à savoir qu'un organe peut quelquefois continuer ses fonctions malgré les graves lésions dont il est le siége.

Et d'ailleurs, qu'on le remarque bien, nous ne faisons les constatations nécroscopiques que le jour où la lésion est devenue incompatible avec la vie. Qui nous dit qu'avant ce moment définitif il ne restait pas encore dans l'organe une portion saine, si petite qu'on la suppose, suffisant à l'exercice de sa fonction?

Il est vrai, d'ailleurs, d'ajouter que le plus habituellement les autopsies, dans les cas de maladie d'Addison, ont révélé des lésions plus ou moins étendues des capsules surrénales, mais non des altérations comprenant absolument la totalité de l'organe, et cette circonstance a une véritable importance dans la question que nous discutons. Est-ce que chaque jour nous ne voyons pas des individus chez lesquels l'autopsie fait reconnaître une infiltration miliaire générale des deux poumons qui a été longtemps compatible avec la vie, et même, chose bien plus étrange, qui a pu passer

inaperçue du médecin? Avec quelle peine même nous arrivons, dans certains cas, à retrouver, par une dissection minutieuse, les petits lobules, les très-petits lobules par le moyen desquels se continuait la fonction, l'activité de l'organe! De même pour le foie, de même pour le rein, dans certains états granuleux, do même enfin pour certains autres organes. Il semble que les portions restées saines redoublent d'activité fonctionnelle pour suppléer celles dont la maladie a supprimé l'exercice.

La seconde objection est celle-ci : Si les capsules surrénales ont pour fonction de détruire, dans une certaine mesure et d'une certaine manière, la matière pigmentaire, cette destruction devrait être bien plus grande encore chez les sujets à capsule surrénale très-développée. Or, quelques auteurs, et M. Trousseau entre autres, affirment que chez les nègres, au contraire, les capsules surrénales sont très-développées. A cela je répondrai que cela est très-loin d'être démontré, qu'il me faudrait un certain nombre d'observations authentiques, bien réelles, bien certaines, d'autopsies de nègres avec développement des capsules, dont on me dirait alors le poids exact, le volume exact, par rapport au poids et au volume des autres organes et du corps entier; quo rien, absolument rien d'aussi précis n'a été fait jusqu'à présent; qu'un anatomiste singulièrement minutieux, M. Cruveilhier, affirme au contraire (Traité d'anatomie) avoir constaté lui-même l'absence de ce développement exagéré dans deux cas d'autopsie chez des nègres. L'objection repose donc sur une base prodigieusement incertaine. Elle devient alors sans grande valeur. Mais admettons même la réalité de ce fait sur lequel elle s'appuie. Qu'est-ce que cela prouve? Rien, absolument rien. Si les capsules sont développées, c'est que chez les nègres la matière pigmentaire est surabondante, en sorte que l'organe chargé de la détruire, si développé qu'il soit, ne la détruit pourtant pas dans une plus grande proportion que chez les autres hommes.

Une autre objection serait celle-ci : Les capsules surrénales sont très-peu développées chez les acéphales ou les anencéphales, au dire de Vetter, d'Hewson, de Sœmmering, de Meckel, de Breschet et, peut-être aussi, de Geoffroi Saint-Hilaire; quelquefois même il paraît qu'elles n'existent pas chez les anencéphales, au dire d'Hewson. Que devient alors la théorie qui en fait les organes de destruction de la matière pigmentaire? A cela je réponds d'abord que Muller nie formellement la non-existence des capsules surrénales chez les anencéphales; en second lieu qu'il s'agit ici de fœtus qui n'ont pas vécu de la vie extra-utérine, ce qui annule immédiate-

ment l'objection. Mais en admettant même des capsules surrénales d'un très-petit volume chez des sujets bien développés d'ailleurs, quelle conclusion on tirer? Est-ce que le volume d'un organe donne la mesure de son activité fonctionnelle? Est-ce qu'on ne voit pas avec des testicules d'un assez petit volume une grande puissance spermatique? Et de même pour combien d'autres organes! Et puis, remarquez que dans tous les cas cités par les auteurs que j'ai indiqués, il s'agit de fœtus acéphales ou anencéphales. L'objection, encore ici, n'a donc vraiment aucune portée.

Reste enfin une dernière objection, qui n'est à proprement parler qu'une fin de non-recevoir. On peut dire en effet : Il est impossible de percevoir directement cette action destructrice des capsules surrénales sur la matière pigmentaire; vous n'arrivez à l'admettre que par induction. Les objections qu'on fait à la théorie sont sans doute faciles à combattre. Mais enfin le fait constitutif de votre théorie n'est pas immédiatement vérifiable à la vue. Cette objection-là est vraie, parfaitement vraie, je dois le reconnaître. Mais c'est précisément parce qu'il s'agit d'inductions, de raisonnements, de rapprochements avec d'autres analogues, que j'ai donné à tout cela le nom de théorie. Si je voyais s'opérer sous mes yeux cette action de la capsule surrénale sur la matière pigmentaire, toute cette dissertation n'aurait aucun motif d'être. Je me bornerais à signaler le fait. Ici il faut que j'y arrive par induction, puisque je ne puis le constater directement, et je tiens pour vraie, ou tout au moins pour le plus probablement vraie, l'explication qui ne répugne pas à l'esprit, qui est d'accord avec les faits, qui a des analogies plausibles avec d'autres faits, qui donne une raison suffisante des choses observées, enfin qui répond victorieusement aux objections.

On le voit donc, en établissant cette théorie des fonctions des capsules surrénales et de la maladie d'Addison, je n'ai pas cherché à me dissimuler toutes les difficultés. J'ai été au-devant des objections. Plus j'y ai réfléchi, et plus je me suis convaincu que j'étais dans le vrai. Et d'ailleurs, à l'inverse de Gaubius, je dirai : *Melius est progredi per tenebras quam sistere gradum.*

Et maintenant, comme la médecine n'est que l'art de guérir, et qu'en définitive tous nos efforts, toutes nos recherches doivent tendre à ce but unique, y a-t-il quelque conséquence thérapeutique à tirer de tout ce qui précède?

Remarquons d'abord que, jusqu'à présent, tous les malades atteints de la maladie d'Addison, tous invariablement, ont succombé. «Quant au pronostic, dit à ce sujet le professeur Trousseau, les observations

d'Addison, celles qui ont été relatées par d'autres médecins, le fait de notre malade et de deux autres que j'ai eu à soigner récemment, montrent qu'il est de la plus haute gravité. Que la maladie ait pris une marche chronique, qu'elle soit aiguë, la mort en est la conséquence inévitable. Jamais on n'a vu guérir les malades atteints de la maladie bronzée. » (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1862.)

Tous les praticiens qui ont observé des exemples de maladie d'Addison arrivent à cette même conclusion désolante, et vraiment on s'en rend facilement compte quand on se souvient des lésions avec lesquelles la maladie coexiste le plus souvent. Qu'une dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse frappe les capsules surrénales, elle est là vraiment aussi irrémédiable que dans tout autre viscère. L'art semble condamné à rester longtemps encore impuissant contre cette cruelle maladie. Mais à défaut de médication curative proprement dite, il y a du moins quelques moyens de soulagement à apporter.

L'allanguissement, la débilité, l'anémie, bien que subordonnés à la maladie principale, deviennent dès lors des sources d'indications thérapeutiques, indications impérieuses, formelles, auxquelles le médecin doit considérer comme un devoir de satisfaire. C'est alors que le quinquina, que les préparations ferrugineuses trouvent leur incontestable utilité, alors aussi qu'un régime tonique, une alimentation diversifiée, mi-partie animalisée, mi-partie végétale, doivent être prescrits, et chose bien remarquable, dans toutes les observations dont j'ai pu prendre connaissance, les malades en ont éprouvé une amélioration notable dans l'ensemble de la maladie, amélioration trompeuse, sans doute, puisqu'elle n'empêchait pas la terminaison fatale, mais en définitive une diminution considérable de leur état de malaise.

N'en soyons point étonnés d'ailleurs. Le même fait se reproduit dans presque tous les états de cachexie anémique, quelle qu'en soit l'origine. Que de fois le fer, le quinquina, l'alimentation n'ont-ils pas rendu momentanément quelque apparence de demi-santé à de pauvres malades minés par l'odieuse cachexie cancéreuse ! Que de fois des tuberculeux reprennent-ils, sous l'influence de l'iodure de fer, du quinquina, d'un bon régime, un semblant de vie nouvelle qui leur fait espérer encore ! Le même fait ne s'observe-t-il pas dans la leucocythémie, si fatalement mortelle pourtant ? N'hésitons donc pas, dans la maladie d'Addison, à donner le fer, le quinquina, à prescrire une alimentation tonique.

Quelques indications particulières peuvent encore se produire. Le

malade de M. Houssay éprouvait, surtout du côté gauche, des douleurs lombaires, qu'aucun liniment ne pouvait calmer, et qui n'étaient soulagées que par des applications endermiques de morphine. Tel autre malade peut présenter tel autre symptôme qui nécessite son moyen spécial. Toutes ces conditions individuelles ne peuvent être saisies que par le médecin. Il y a là, comme toujours en médecine, pour le véritable praticien, de l'art à faire.

Si maintenant nous devions résumer en quelques lignes ce long travail, nous dirions :

1° La maladie bronzée d'Addison tient à une lésion des capsules surrénales ;

2° Quelle que soit l'espèce de lésion, la maladie semble fatalement mortelle ;

3° Les capsules surrénales ont pour fonction principale de détruire d'une certaine manière la matière pigmentaire ;

4° Ces capsules surrénales font partie d'un système de glandes particulières, comme la rate, le thymus, la glande thyroïde, glandes qui n'ont point de conduit excréteur. Wirchow a, je crois, démontré la fonction principale de la rate, à propos de la leucocythémie. Il me semble avoir, pour ma part, tenté de jeter quelque faible jour sur celle des capsules surrénales, à propos de la maladie bronzée. Plus tard, quand le travail que je poursuis sera plus mûri, plus complet, j'essayerai de faire connaître quelques idées que j'ai pu me faire sur les fonctions du thymus et de la glande thyroïde. J'arriverai ainsi à établir une théorie générale sur le rôle que joue dans l'économie tout ce système de glandes volumineuses, si indispensablement nécessaires à la vie, glandes non pourvues de conduits excréteurs.

Jusqu'à présent leurs fonctions sont restées parfaitement ignorées. Elles ont pourtant leur raison d'être. Espérons que nous arriverons à lever un coin du voile. C'est en cherchant toujours qu'on travaille utilement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. — Suture moniliforme [1].

Par M. Horand, interne des hôpitaux de Lyon.

II. *De l'opération de la fistule vésico-vaginale avec la suture moniliforme.* — Cette opération, nous la décrirons telle que nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois.

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 61.

La malade est préalablement préparée à l'opération par un nombre suffisant de purgatifs, afin d'éviter les garde-robes, au moins jusqu'à l'enlèvement de la suture. De plus, pour les malades qui sont réglées, on opère autant que possible dans les jours qui suivent la disparition des règles, l'écoulement menstruel arrivant peu de jours après l'opération pouvant toujours avoir de graves inconvénients, au point de vue de la réunion immédiate.

A. *Manuel opératoire.* — La malade est placée dans la position sur les genoux, la tête abaissée, la partie du corps reposant sur les coudes, les cuisses écartées, les lombes fortement cambrées.

On introduit le spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide placé indifféremment à la droite ou à la gauche de la malade. Le spéculum est maintenu pendant tout le temps de l'opération dans l'immobilité la plus complète, et pour ne point se fatiguer, l'aide prend un point d'appui sur le bassin. Sa valve est plus ou moins enfoncée dans le vagin, et son manche tenu soit verticalement, soit incliné à droite ou à gauche, suivant le siége de la fistule. L'aide qui est chargé du spéculum peut, avec l'autre main, écarter la grande lèvre de son côté, etc.

Un second aide, placé du côté opposé à celui qui tient le spéculum, est destiné soit à écarter la grande lèvre, soit à éponger la plaie au moment de l'avivement, etc.

Un troisième aide a pour fonction principale de donner les instruments à mesure que le chirurgien les demande.

Dans aucun cas, la malade n'est soumise à l'anesthésie.

1er *Temps.* — *Avivement.* — L'avivement des bords de la fistule est exécuté suivant toutes les règles de la méthode américaine, c'est-à-dire qu'on pratique tout autour de l'orifice une zone elliptique d'avivement, d'un centimètre d'étendue et ne portant que sur la muqueuse vaginale, sans jamais intéresser la muqueuse vésicale.

2e *Temps.* — *Passage des fils.* — On se sert dans tous les cas des fils métalliques fins et de préférence des fils d'argent.

Les fils sont passés du premier coup, soit uniquement avec l'aiguille de M. Startin si la fistule est transversale, soit avec une aiguille courte, forte, recourbée et saisie avec un porte-aiguille à coulisse si la fistule est longitudinale.

Comme dans la méthode américaine, les fils sont introduits dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale sans pénétrer dans la vessie et placés de 5 à 8 millimètres environ de distance.

Si la fistule avoisine le canal de l'urètre, il faut avoir soin de

placer la sonde avant de passer les fils les plus rapprochés de ce canal, car autrement il pourrait arriver que l'on ne pût plus la faire pénétrer, une fois la suture appliquée. C'est, d'ailleurs, ce que nous avons observé dans un cas.

Enfin, pour éviter la confusion des fils, à mesure qu'un fil a traversé les deux lèvres de la fistule, on tord ensemble ses deux extrémités, et on le confie à l'aide de droite ou à celui de gauche.

Ce second temps achevé, on sèche la plaie avec de petites éponges fines, et l'on cherche à arrêter le suintement sanguin produit par l'avivement, au moyen d'un *morceau de glace* tenu avec des pinces, que l'on promène sur la plaie.

Si, à ce moment de l'opération, la malade est fatiguée de la position sur les genoux, on lui accorde quelques minutes de repos, que l'on consacre avantageusement à *sécher la plaie au moyen de la glace*. Pour cela, on place sur la surface d'avivement un morceau de glace, puis on retire le spéculum et l'on aide la malade à se mettre sur le dos.

3e *Temps.*—*Suture moniliforme.* —La malade a repris la position qu'elle avait au commencement de l'opération. On retire le morceau de glace, et l'on introduit de nouveau le spéculum de M. Bozeman. Le suintement sanguin est arrêté. On sèche avec une éponge avant de commencer la suture.

Supposons qu'il s'agisse de réunir une fistule transversale.

Le chef postérieur de chaque fil métallique est passé dans un plomb (no zéro), lequel doit être aplati, avec le davier, sur ce fil pour y fournir un point d'arrêt. Mais comme ce plomb, malgré son aplatissement, pourrait glisser, il est bon de faire en arrière du plomb un nœud au fil métallique, comme s'il s'agissait d'un fil de lin; et c'est contre ce nœud, qui oppose un obstacle infranchissable au plomb, que celui-ci doit être écrasé.

Le chef antérieur du fil métallique est passé dans un grain de plomb que l'on saisit avec le davier, et, tandis que l'on tire légèrement sur le fil, on porte le grain de plomb contre les tissus, jusqu'à produire un rapprochement exact, sans toutefois exercer une constriction violente. Ce premier plomb du chef antérieur est soutenu par un second, qui reçoit le fil exactement comme le premier, et que l'on écrase en touchant l'autre sans exercer de pression violente. Il ne doit pas augmenter l'action de la suture, mais seulement prévenir tout relâchement.

Nous avons ainsi autant de points de suture isolés qu'on a passé de fils; chaque fil porte trois plombs : un postérieur, écrasé con-

tre un nœud qui l'immobilise; deux antérieurs, qui se soutiennent mutuellement et se touchent à la manière des grains de chapelet.

Ce n'est plus une suture à anse que l'on applique, mais bien une véritable suture enchevillée que l'on obtient; suture, il est vrai, dont les chevilles sont brisées. Les lèvres de la plaie ne sont plus exposées par l'action de l'anse métallique à être repliées en dedans et adossées par des surfaces non avivées; elles sont au contraire refoulées en dehors et affrontées suivant toute la surface avivée, comme le fait la suture enchevillée appliquée aux plaies ordinaires. Plus souvent qu'on ne le suppose ce refoulement des lèvres de la plaie en dedans a été la véritable cause d'insuccès. Il amène le contact entre deux portions de muqueuse intacte, faisant retourner en dedans les parties avivées; vice radical d'autant moins facile à éviter que l'on emploie, pour arrêter les fils, des plaques, des fixateurs, ayant une certaine largeur sous laquelle disparaît la plaie en totalité ou en partie.

Un écueil à éviter, pour la suture moniliforme comme pour les autres appliquées à la fistule vésico-vaginale, c'est de trop serrer chaque point. Il faut mettre les tissus en parfait contact, mais ne pas les soumettre à une constriction véritable; sinon, quand vient le gonflement inséparable de l'opération, la muqueuse vaginale se coupe, s'ulcère, s'enflamme, et tout travail plastique est désormais impossible.

Une fois la suture achevée, on retire le spéculum. Les fils sont tendus ensemble et sectionnés à quelques centimètres en dehors de la vulve. On place à demeure dans la vessie le cathéter de M. Marion-Sims.

L'opération pratiquée ainsi peut durer de une demi-heure à trois quarts d'heure; jamais elle ne dépasse une heure.

Ainsi, dans cette opération :

1° Les fils métalliques sont passés du premier coup à l'aide de l'aiguille de M. Startin.

2° M. Desgranges n'emploie actuellement que la suture moniliforme.

3° Il insiste sur l'importance de sécher la plaie avant de réunir, et d'employer la glace comme hémostatique.

4° La durée de ses opérations ne dépasse jamais une heure, tandis que ceux qui opèrent par la méthode américaine proprement dite, demandent au moins le double de ce temps.

B. *Soins consécutifs à l'opération.* — La sonde de M. Marion

Sims est sans contredit le meilleur des cathéters. Elle a à la fois l'avantage de se maintenir en place sans avoir besoin d'être fixée, et de s'obstruer plus difficilement que les autres.

La sonde sera changée au moins deux fois par jour, afin que les dépôts calcaires n'aient pas le temps de se déposer à sa surface en quantité suffisante pour rendre son passage difficile et douloureux. Avant de la replacer, on aura soin de la laver avec une solution de potasse caustique.

Nous croyons inutile de suivre le conseil donné par les auteurs de la méthode américaine, de pousser de suite une injection d'eau fraîche dans la vessie, qu'on laisse sortir immédiatement il est vrai, mais qui détermine néanmoins des contractions vésicales propres à tirailler la suture.

Le sonde une fois placée, la malade est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues, un urinoir sous le cathéter. Cette position doit être gardée au moins jusqu'à l'enlèvement des fils, et l'on ne devra pas permettre à l'opérée de se coucher sur le côté avant ce temps, contrairement à l'opinion de M. Sims.

Quel régime doit-on donner à la malade ? Suivant M. Sims, il faudrait bien nourrir l'opérée, tandis que, d'après d'autres chirurgiens, elle doit être soumise à un régime sévère, afin qu'elle n'ait pas de selles avant l'enlèvement de la suture. On favorisera même la constipation en administrant l'opium à l'intérieur.

Doit-on enlever les fils métalliques, et alors à quelle époque? ou bien est-il préférable de laisser à la nature le soin de les détacher? En 1842, M. Hayward, de Boston, proposait de confier à la nature le soin de les détacher, à cause de la traction que l'on exerce en les enlevant et qui peut déchirer la cicatrice. En 1861, M. Corporandy, interne des hôpitaux de Lyon, émit, sous forme de proposition, la même opinion, à propos d'une observation de fistule vésico-vaginale qu'il publia dans la Gazette des Hôpitaux. Mais cette idée lui avait été suggérée par d'autres considérations que celles de M. Hayward, qui n'emploie pas la suture métallique. Ce qui avait frappé M. Corporandy, c'est de voir que toutes les fois que l'on va pour enlever les points de suture métallique d'une fistule vésico-vaginale, il y en a un certain nombre qui déjà se sont détachés d'eux-mêmes.

Néanmoins, nous pensons, comme M. Verneuil, qu'il est préférable d'enlever les points de suture, et en voici les raisons :

D'abord, si le chirurgien prend quelques précautions, il pourra enlever les fils métalliques sans déchirer la cicatrice; c'est du

moins ce que nous avons pu observer dans tous les cas. En second lieu, si, le huitième jour, la réunion immédiate n'a pas eu lieu, on ne peut plus y compter, et alors pourquoi laisser dans la plaie des fils métalliques qui peuvent déterminer de l'inflammation, et ne se détacher que dans un temps très-éloigné? A plus forte raison ne doit-on pas laisser dans la muqueuse vaginale des fils végétaux.

Le huitième jour, on enlèvera donc tous les points de suture, mais on laissera la sonde à demeure deux ou trois jours.

Pour enlever les fils métalliques, il suffit, lorsqu'on a employé simplement des grains de plomb comme fixateurs, de glisser entre la muqueuse vaginale et le plomb des ciseaux mousses, de sectionner un des chefs du fil, puis avec des pinces on tire doucement l'autre chef. La malade peut être couchée sur le dos.

Le dixième jour on enlève la sonde, et du onzième au quinzième on favorise les évacuations alvines, soit par une légère purgation, soit par un lavement.

A partir de ce moment la malade peut prendre la position qui lui convient dans le lit. Elle peut se lever et bientôt marcher. Enfin on arrive progressivement à nourrir convenablement l'opérée, et à lui rendre ses forces par l'emploi des toniques.

C. *Des résultats de l'opération.* — Lorsqu'on opère les fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, ou par celle-ci modifiée comme nous l'avons dit, on peut obtenir, soit une guérison complète immédiate, soit la réduction de la fistule à un pertuis étroit, soit enfin une réduction très-notable de l'orifice. Mais, dans aucun cas, l'opération ne donne de résultats complétement nuls.

Que doit-on faire, si, après la première opération, la fistule est réduite à un trajet fistuleux étroit? Dans ce cas, la guérison médiate est probable; la cicatrisation du pertuis s'opérera par les propres forces de la nature, que l'on pourra cependant aider par quelques cautérisations, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure.

Mais, si la moitié ou les trois quarts seulement de la fistule ont été réunis par la première opération, il faudra en pratiquer une seconde, en suivant toujours les mêmes préceptes. Cette nouvelle opération cependant ne saurait être faite avant que l'inflammation produite par la précédente se soit complétement dissipée, et que la malade ait repris des forces. Il faudra donc, non pas réopérer de suite, comme le conseillent MM. Bozeman, Baker-Brown et Follin, mais attendre en général un mois ou six semaines.

On peut ainsi, par de nouvelles opérations, arriver à une guérison complète.

La conclusion de ces faits, c'est qu'aujourd'hui, les fistules vésico-vaginales sont guéries radicalement après une ou plusieurs opérations.

(*La fin prochainement.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la sarracénia purpurea et de son mode d'administration.

Avec quelque réserve qu'il convienne d'accueillir ce qui est annoncé des propriétés curatives de la *sarracénia purpurea*, dans une maladie telle surtout que la variole, où nous sommes accoutumés à voir le processus morbide présenter une allure en quelque sorte fatalement déterminée ; si peu de confiance qu'on puisse se sentir porté à avoir dans les résultats proclamés, nous croyons cependant devoir à nos lecteurs ce que nous possédons de renseignements sur cette plante, qui, s'il faut en croire ce qu'on en rapporte, serait appelée à rendre à l'humanité des services devant lesquels s'effaceraient presque ceux de la vaccine. D'ailleurs, de quel droit, en matière de thérapeutique, nous prononcerions-nous *à priori* contre la possibilité de ces services ? quels doutes n'a-t-on pas élevés contre la puissance du quinquina, même en ce qui concerne son emploi dans la fièvre intermittente? cependant le quinquina guérit cette fièvre avec une sûreté admirable. Et, dans un ordre de choses plus en rapport avec ce qui nous occupe en ce moment, n'est-il pas de bons esprits, des médecins expérimentés qui admettent que la belladone peut agir comme agent prophylactique de la scarlatine?

Des ouvrages de matière médicale qu'il nous a été possible de consulter, nous n'en avons trouvé qu'un seul, le Dictionnaire de Mérat et Delens, où il soit fait mention de cette plante, mention très-courte, dont le principal intérêt, sauf certains détails qui se retrouvent dans le document dont il va être question, consiste dans son attribution à la classe de la polyandrie monogynie.

C'est au docteur Frédérick W. Morris, médecin résident du dispensaire d'Halifax, d'après une lettre par lui adressée à l'éditeur de l'Amerîcan medical Times, et insérée dans le numéro de ce journal du 24 mai 1862, que nous sommes redevables des notions les plus étendues comme les plus récentes, relativement à cet agent nouveau, sous les différents points de vue de l'histoire naturelle, de la matière

médicale et des applications thérapeutiqucs. M. Morris tenait la connaissance des vertus, vraies ou prétendues, de la serracénia de M. John Thomas Lane, employé des douanes dans la Nouvelle-Écosse, lcquel en avait reçu la révélation de la tribu indienne des Mecmacs. Le premier, il a cherché à s'assurer expérimentalement de la réalité de ses propriétés anti-varioliques, dans une épidémie très-grave, et d'après les résultats obtenus, dit-il, il est demeuré convaincu de son étonnante efficacité, sur laquelle il s'exprime avec le ton d'un véritable enthousiasme, et dont nous le laissons se porter garant.

« Je réclame, écrit M. Morris, dans la lettre précédemment citée, la plus large publicité pour ce fait étonnant, qu'une humble plante de marais de la Nouvelle-Écosse agit comme remède sur la petite vérole, sous toutes ses formes, douze heures après que le malade a pris le médicament. Il est également aussi curieux qu'étonnant que, quelque alarmante et nombreuse que soit l'éruption, quelque confluente et terrible qu'elle puisse être, l'action particulière du médicament est telle, que très-rarement il reste une cicatrice pour porter témoignage de la maladie.

« Je n'entreprendrai pas maintenant une analyse physiologique ; il suffira pour mon but actuel d'établir que la sarracénia guérit la maladie comme aucun autre agent médicamenteux ne le fait, non en excitant une réaction fonctionnelle, mais par son contact actuel avec le virus dans le sang, rendant ce virus inerte et inoffensif ; et cette interprétation de son mode d'action est démontrée pour moi par ce fait que, si l'on humecte du vaccin ou de la matière variolique avec de l'infusion de sarracénia, ces virus se trouvent dépossédés de leurs propriétés contagieuses. En même temps, cette plante a une saveur si faible, que le mélange, en large proportion, de son infusion avec du thé ou du café n'est pas soupçonné par les plus délicats amateurs de ces boissons. »

Voici maintenant les renseignements donnés par M. Morris, afférents à l'histoire naturelle de la sarracénia, à son mode d'administration, etc.

« La sarracénia, ou coupe indienne (*indian cup*), se trouve dans les marais. Ses capsules (*receptacles*), larges et de forme globuleuse, sont en général remplies d'une eau fraîche et douce. Ces capsules, ces espèces de coupes sont garnies de poils dirigés en bas qui, lorsque des mouches viennent à y entrer pour boire, font obstacle à leur sortie, en sorte qu'elles s'y noient presque toutes. C'est une remarquable et très-curieuse famille de plantes, qui appartient exclusive-

ment à l'Amérique septentrionale et ne se rencontre pas à l'ouest des Alleghanys. Les feuilles prennent la forme d'un long tube bulbeux ou tuyau, semblable au fourneau d'une pipe, se terminant par un appendice en forme de capuchon qui rappelle assez la coiffure d'une *squaw* indienne. Les fleurs, avec leur calice crénelé, leurs fins segments sessiles, comme le lis jaune des eaux, leurs stigmates d'un rouge foncé, et leurs étamines correspondantes, sont d'une forme et d'un aspect très-remarquables. Toutes les tribus de cette famille habitent les terrains marécageux. La sarracénia purpurea, l'espèce la plus commune, est répandue dans la baie d'Hudson jusqu'aux Etats de la Caroline du Nord. La racine consiste en nombreuses radicules fibreuses et filandreuses, qui, réduites en poudre, ont un arome très-faible et agréable, avec une saveur très-analogue à celle de l'alcaloïde du saule ou salicine.

« La partie de la plante qu'on emploie est la racine pulvérisée ; elle s'administre à la dose d'environ une cuillerée à dessert, qu'on fait bouillir dans une pinte d'eau jusqu'à réduction de moitié; cette quantité est partagée en deux doses, qui s'administrent sans addition de sucre, l'une immédiatement, et l'autre au bout de six heures. La seule influence fonctionnelle qu'elle semble avoir consiste à exciter un flux d'urine, qui bientôt devient limpide et abondant, et qui peut-être est dû à la défécation du poison ou à la modification du virus morbide s'éliminant exclusivement par cet émonctoire. »

De la glycérine, considérée comme excipient médicamenteux. — Nouvelles formules de glycérolés liquides et solides [1].

Par M. G. Surun, ancien interne en pharmacie des hôpitaux.

2° Glycérolés solides.

Quant aux glycérolés solides, ils ont le glycérolé d'amidon pour excipient; ils peuvent tenir le principe médicamenteux en dissolution ou en suspension.

Glycérolé d'amidon.

Amidon	5 grammes.
Glycérine	85 grammes.
Eau	10 grammes.

Délayez l'amidon dans l'eau, ajoutez-y la glycérine, et chauffez à une douce température, jusqu'à consistance de gelée.

L'eau a pour effet de faciliter l'hydratation de l'amidon, qui se

[1] Suite et fin, voir le numéro précédent, p. 72.

prend en empois bien plus promptement. Cette circonstance est importante, car, sous l'influence trop prolongée de la chaleur, le glycérolé d'amidon acquiert une odeur désagréable[1].

Glycérolés solides à base soluble. — Glycérolé de monosulfure de sodium.

Monosulfure de sodium..................	4 grammes.
Glycérolé d'amidon (formule Surun)........	30 grammes.

Dissolvez le monosulfure dans une petite quantité d'eau, et opérez comme il a été dit pour le glycérolé d'amidon.

Préparez de même les glycérolés à l'iodure et au bromure de potassium, au tannin, etc.

Glycérolés solides à base insoluble. — Glycérolé d'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc porphyrisé................	4 grammes.
Glycérolé d'amidon......................	30 grammes.

Incorporez.

Préparez de même les glycérolés au calomel, au turbith nitreux, au bioxyde de mercure, etc.

Glycérolé soufré.

Fleur de soufre.............................	4 grammes.
Glycérolé d'amidon..........................	30 grammes.

Incorporez.

Préparez de même les glycérolés de poudre de quinquina, de ciguë, etc.

Nous pourrions apporter encore quelques nouveaux documents à l'histoire thérapeutique de la glycérine. Ainsi, les propriétés laxatives de ce corps nous ont été suffisamment démontrées par les applications assez nombreuses qui ont été faites dans le service de M. le docteur Matice.

En lavement, on administre la glycérine à la dose de 125 grammes dans une quantité suffisante d'eau.

En potion, à la dose de 60 grammes dans 100 grammes d'eau de menthe.

---

(1) Il n'est pas d'expérimentateur qui ait étudié la question des glycérolés solides avec plus de soin que nous ne l'avons fait, et nous n'hésitons pas à proclamer que la crainte exprimée par M. Surun est fort exagérée. Le mode de préparation du glycérolé d'amidon est si simple, si facile, qu'un pharmacien serait coupable d'une bien grande négligence s'il laissait son glycérolé contracter la moindre odeur. Les glycérines du commerce contiennent déjà une trop grande proportion d'eau, et proposer de l'hydrater davantage c'est vouloir diminuer à plaisir ses propriétés thérapeutiques

(*Note du Rédacteur en chef.*)

Prescription de Graves contre la grippe.

La grippe sévissant aujourd'hui d'une manière assez générale, nous croyons utile de faire connaître les moyens que Graves employait contre cette forme particulière de bronchite.

Après le séjour au lit, une saignée de quelques onces, les laxatifs et les sudorifiques, l'éminent clinicien irlandais passait, le deuxième ou le troisième jour, à l'administration des opiacés. Nous voyons, dans la traduction de M. Jaccoud, que la potion suivante faisait merveille, du moins chez bon nombre de malades :

Emulsion d'amandes.................	192 grammes.
Nitrate de potasse..................	4 grammes.
Liqueur de chlorhydrate de morphine..	2 grammes et plus.

Le sel de morphine, qui possède la plupart des propriétés de l'opium sans en avoir les inconvénients, avait pour effet de ramener le calme et le sommeil, avantage bien précieux dans une maladie que caractérise une irritabilité nerveuse excessive.

A la fin de la maladie, Graves donnait le polygala senega et le columbo. Il employait aussi, avec des résultats remarquables, les fomentations pratiquées avec une éponge imbibée d'eau très-chaude sur la région trachéale et sur la poitrine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la luxation ou diduction des os du bassin.

L'appel que vous faites, dans votre article sur le relâchement pathologique des symphyses du bassin, à un éminent professeur de la Faculté de Strasbourg, m'est garant que vous ferez bon accueil à la note suivante, que j'ai adressée en 1848 à M. le docteur Pigeolet, alors qu'il venait de faire paraître, dans le Journal de la Société des sciences médicales de Bruxelles, son Mémoire sur les modifications qui surviennent dans les symphyses du bassin pendant la grossesse et l'accouchement. Cette note étant restée inédite, j'espère que vous daignerez l'insérer dans votre journal.

Dans certaines grossesses, et pendant quelques accouchements, l'écartement des os du bassin peut se présenter. Les douleurs, dit Hippocrate (*Traité de la nature de l'enfant*, liv. I, chap. x), se font sentir dans tout le corps, surtout aux lombes et à l'ischion, qui se sépare.

Cette espèce de luxation, admise par Pineau (*Opusc. anat. et*

physiol., lib. II, cap. IX); par Guillemeau (*De l'heureux accouchement*, liv. II, chap. I) ; par Fabrice de Hilden (*Obs. chirurg.*, cent. VI, obs. 39) ; par Harvey, de Porta (*Liber gener. animal.*) ; par Smellie, etc. ; rejetée par Vésale (p. 7, édit. de 1642) ; par Dulaurens (*Histoires et controverses anatomiques*) ; par Dionis, Palfin, Rœderer et A. Paré (lequel, il est vrai, fit plus tard loyalement l'aveu de son erreur); cette sorte de luxation, dis-je, n'est plus contestée. Ainsi, Hunter, Morgagni (*Du siége et des causes des maladies*, lettre 48, n° 45) ; Bartholin, Louis (voir son *Mémoire sur l'écartement des os du bassin*) ; Portal (*Cours d'anatomie médicale*, 1804, t. I, p. 351) ; Baudelocque, Désormeaux, Mme Boivin, M. Velpeau, reconnaissent la possibilité de l'écartement des os du bassin dans les cas indiqués. Voici deux observations que j'ai recueillies dans ma clientèle :

Obs. I. En 1835, la femme d'un fabricant de parapluies, demeurant à Lunéville, place de l'Eglise, descendit brusquement de son lit et fit quelques pas dans sa chambre, quatre jours après avoir mis au monde deux jumeaux. Le lendemain, elle accusa une douleur dans les symphyses pubienne et sacro-iliaques, augmentant sous l'influence du plus léger mouvement des membres abdominaux. Quelque temps après, elle consulta le docteur Bonfils (fils), de Nancy, qui lui conseilla une nouvelle grossesse. Celle-ci eut lieu, et la parturition fut facile ; mais la dame B*** ne fut point guérie. A cette époque, où je fus appelé seulement, le mouvement des os du bassin était très-apparent ; quand la femme marchait, et surtout montait ou descendait un escalier, l'os coxal, correspondant au membre abdominal sur lequel le tronc était porté, remontait sensiblement ; cette femme boitait donc fortement, et le balancement de son corps était semblable à celui d'un enfant dont les membres pelviens sont fortement arqués, à concavité interne. Monro (Mémoires de la Société royale d'Edimbourg, suite, l. I, p. 414) a très-bien décrit cette claudication.

De nombreuses ventouses scarifiées, des grands bains, une serviette serrée autour du bassin, le repos absolu, puis des frictions toniques amenèrent une guérison radicale. Je dis radicale, car trois ans plus tard, j'ai délivré cette femme avec le forceps, et la diduction ne reparut point.

Obs. II. J'ai traité de la même manière, pour la même affection, une autre femme, demeurant aussi à Lunéville, rue d'Allemagne, n° 74. Je ne sais si celle-ci s'est complétement rétablie, car elle s'est fixée dans une autre ville.

Dans ces deux observations, l'écartement des os n'a point été l'effet de la déchirure des ligaments ; mais il a été causé par le relâchement et l'allongement consécutif de ceux-ci.

L'opinion de Boyer, s'appuyant sur une observation de Lhéritier, parue dans le journal de Fourcroy, n'est point admissible. Dans mes observations, il n'y avait point une tumeur blanche des symphyses, mais un relâchement des ligaments. En effet, j'ai rencontré : 1° douleur fixe à chaque symphyse, augmentant par la station sur les pieds, par la marche, et surtout pendant l'action de monter et de descendre un escalier; 2° raccourcissement et allongement successifs du membre pelvien, le grand trochanter conservant exactement son rapport avec la crête iliaque correspondante ; 3° membres abdominaux non infiltrés.

Le premier fait démontre que la ceinture de M. Martin n'est point indispensable pour obtenir une cure radicale, et qu'il n'est point extraordinaire que l'usage des eaux de Baden, aidé de quelques autres moyens simples, donne d'heureux résultats à M. le professeur Stoltz, dans le traitement de la diduction des symphyses du bassin, pendant la grossesse et après l'accouchement.

PUTÉGNAT, D. M.,
correspondant de l'Académie de médecine à Lunéville.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Principes de pathologie générale*, par M. P.-EM. CHAUFFARD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc.

2° *La vie et ses attributs, dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine*, par M. E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants malades), agrégé de la Faculté de médecine, etc.

Tous les médecins que tourmente la grande curiosité scientifique liront le livre de M. Chauffard ; les uns, avec le dessein de pénétrer, s'il se peut, avec l'auteur, les questions capitales qui se posent au seuil de la science, les autres, pour le combattre et défendre la médecine moderne contre les plus graves attaques dont elle ait été jamais l'objet : mais adversaires ou amis, tous s'accorderont, nous en sommes sûr, à reconnaître dans ce jeune auteur un très-habile écrivain, un penseur sagace, et surtout un esprit aussi ferme dans sa doctrine qu'indépendant dans l'expression de sa pensée. Pour nous, qui savons à quelle école M. Chauffard a appris cette diction correcte, châtiée, élégante, mais d'une élégance un peu monotone,

et imitée quelquefois jusqu'à faire de quelques-unes de ses pages un pur pastiche, nous nous arrêterons peu à cette forme, et, prisant davantage la noble indépendance qui marque d'un cachet particulier tout le livre dont il s'agit en ce moment, nous placerons celle-ci en première ligne, comme l'attrait le plus propre à assurer à l'ouvrage excessivement intéressant du savant médecin, encore *in partibus*, des hôpitaux de Paris, les lecteurs les plus capables de l'apprécier. L'indépendance ! qui ne saluera pas avec respect cette qualité si essentielle, quand il s'agit de mettre en lumière les vérités que l'homme peut atteindre dans la science et dans l'art ? Un esprit médiocre même, qui marche sous l'égide de cette mâle vertu, porte un regard plus limpide dans les choses qu'il étudie, et sa force réelle, dégagée des entraves d'un servilisme dont on n'a pas toujours conscience, tant l'égoïsme de l'intérêt personnel a de prise sur nous, touche au moins les choses, au lieu de s'arrêter à la couche de préjugés, d'erreurs, de mensonges quelquefois, sous laquelle elles ont successivement disparu : en de telles conditions d'étude, on peut encore errer, mais on erre autrement, et infailliblement des vérités se mêleront à cet original enseignement.

Il nous faudrait un espace beaucoup plus étendu que celui dont nous pouvons disposer ici, pour indiquer seulement la substance de ce livre : et la raison en est simple, c'est que M. Chauffard, avant d'aborder les questions fondamentales qu'il se propose d'élucider, a cru devoir, et avec raison, établir solidement sur le fondement d'une saine philosophie les notions premières de la science de la vie hygide ou pathologique : tout son enseignement doctrinal découle de là, et n'a de signification réelle que par là. Il nous faudrait donc tout d'abord suivre l'auteur dans l'ardue discussion à laquelle il se livre sur ce point ; et nous sommes convaincu qu'à moins d'entrer dans de très-longs développements, nous ne montrerions sa pensée capitale, à cet égard, dans l'ordre d'idées que son livre a pour but de développer, que sous un jour tout à fait insuffisant. Dans l'impossibilité où nous sommes d'esquisser, même d'un trait rapide, un ordre de conceptions qui n'entrent dans l'intelligence qu'à la condition d'être suffisamment développées, nous nous contenterons d'indiquer d'une manière particulière cette partie fondamentale du livre de M. Chauffard. Mais nous le dirons d'une manière expresse, quelque ardues que soient les discussions auxquelles se livre l'auteur sur ces questions capitales, il faut l'y suivre, et ne lâcher prise que quand on s'en sera bien pénétré, car là, et là seulement, se trouve le mot magique qui doit ouvrir la porte du reste du livre.

L'auteur des *Principes de pathologie générale* semble ne marcher tout d'abord dans la route abrupte qu'il suit qu'à la lumière de Kant et de M. Cousin; mais qu'on se rassure, il n'aboutit ni au scepticisme de l'un, ni à l'éclectisme de l'autre : ferme en ses affirmations, M. Chauffard n'hésite ni ne mélange : esprit tout d'une pièce, et assez peu propre, suivant nous, à saisir les nuances en lesquelles, selon M. Renan, réside la vérité, il ne voit les choses qu'en face, et s'inquiète peu des influences collatérales qui peuvent avoir leur part dans le jeu des forces qu'il étudie. Avec les défaillances de notre nature, et les limites de notre esprit qui bronche si souvent, une vue si nette est-elle exempte de mirage? Le lecteur en jugera; pour nous, nous ne voulons pas le rechercher ici.

M. Chauffard est donc très-affirmatif, et ne biaise jamais dans l'expression des dogmes qu'il croit traduire la vérité de la science et de l'art. Quelle est donc cette doctrine? C'est ce que nous allons essayer de dire sommairement. Dans cinquante pages de son livre, sous une forme toujours nettement arrêtée, l'auteur montre la vie comme une force autonome, et qui se subordonne les influences qui ne sont pas elle, en les transsubstialisant, si nous pouvons ainsi dire; mais écoutons M. Chauffard lui-même, en prenant au hasard dans son livre une des formules magistrales dans lesquelles il traduit la vie, et précise les rapports qu'elle soutient avec le milieu dans lequel elle évolue. « Quelque nécessaires qu'elles soient, dit notre auteur, les conditions extérieures de la vie n'entrent pour rien dans son essence. Celle-ci demeure indépendante; rien de l'ordre physique ne la pénètre physiquement, rien n'agit sur elle que par elle. Tout ce qui, du dehors, vient à influer sur la vie, l'opprimant ou lui portant aide, ne la modifie pas d'une manière directe, ne la pousse pas à l'action par une simple transmission de mouvement. L'impression physique ne suscite aucune action organique, qu'en se tranfigurant dans l'organisme qui la reçoit, qu'en se changeant en impression vitale, origine de l'acte, en un mot, qu'en se vitalisant, etc. » Qui se sera bien pénétré de la pensée exprimée dans ce court passage aura du même coup compris et la physiologie, et l'étiologie, et la pathogénie, et la thérapeutique de M. Chauffard dans la notion fondamentale qui commande les unes et les autres. C'est là, d'ailleurs, tout le monde l'a reconnu de suite, et l'auteur lui-même ne le dissimule pas, c'est là, dis-je, la doctrine développée dans diverses publications, par un médecin très-distingué de ce temps-ci, M. Pidoux; seulement M. Pidoux n'a fait encore qu'esquisser cette doctrine, en la publiant çà et là et

par bribes; sous l'incubation ardente, féconde, de M. Chauffard, l'œuf s'est développé, il est arrivé à terme, l'aigle est sorti de son enveloppe, et il vole à tire d'ailes dans le limpide éther de la spéculation pure. Pour nous, nous le dirons sans ambages, et M. Chauffard, qui juge avec tant d'indépendance les hommes les plus considérables de la science, nous pardonnera si nous usons du même droit. Il y a de la vérité dans son livre, et beaucoup de vérité, mais nous l'engageons à se défier de la musique des mots qui lui en impose pour les choses mêmes. Dans tous les cas, jusqu'à plus ample informé, nous dirons que nous ne comprenons pas ce que c'est que la conception, la vitalisation des influences physiques, leur transfiguration, et, au risque de paraître un esprit obtus, enfoncé dans la matière, nous maintenons encore que tout démontre que la vie est une force originale essentiellement distincte des forces cosmiques, mais que le rapport que celles-ci entretiennent avec celle-là reste toujours aussi voilé, aussi incompris.

Il ne nous reste plus malheureusement qu'un très-petit espace pour parler du livre de M. Bouchut ; à notre grand regret, nous n'en parlerons donc que très-succinctement. M. Bouchut, comme M. Chauffard, pose nettement l'originalité de la force vitale; mais, envisageant cette force à un point de vue plus général, il la montre en action, en s'inspirant heureusement des grands physiologistes allemands, dans presque toutes les manifestations qu'elle embrasse : ce livre nouveau de cet auteur fécond entre tous porte, comme ceux qui l'ont précédé, la marque d'une trop grande précipitation, et ce qu'il gagne du côté de l'ampleur des détails, il le perd du côté de la profondeur des vues, qui, sous ce rapport, manquent de précision et d'originalité. En cherchant à établir que la vie est saisissable par l'analyse dans ses attributs fondamentaux, et en faisant de ceux-ci ce qu'il appelle l'impressibilité, l'autocinésie et la promorphose, a-t-il beaucoup avancé la question capitale qu'il s'était proposé de résoudre? Au risque de passer pour un de ces faciles rhéteurs dont parle quelque part M. Chauffard, nous répondrons encore négativement à cette question. Toujours, dans notre humble opinion, la vie nous paraît une force aussi réelle qu'aucune force cosmique ; mais ce qu'est cette force, ce qu'elle devient dans son conflit avec le milieu dans lequel elle se développe au moyen de l'organisme qui la manifeste, nous ne le savons pas plus après l'invention de l'impressibilité, de l'autocinésie et de la promorphose, qu'après la transfiguration de M. Chauffard ou la transsubstantiation de M. Pidoux ; c'est l'imagination toute seule qui nous ra-

conte les choses, quand elle nous les dit ainsi, et toujours on est tenté, avec Kant, de douter d'enseignements puisés à pareille source.

Quoi qu'il en soit à cet égard, avec des mérites divers, les deux ouvrages dont nous venons de parler se recommandent sérieusement à l'attention des médecins véritablement désireux du progrès réel de la science; et ne produisissent-ils sur une foule d'esprits que ce seul effet de les désensorceler de la matière, que les auteurs auraient bien mérité de la science et de l'art. La thérapeutique surtout est appelé à bénéficier de cette nette intuition de la force radicale de la vie, car elle tend à mettre un frein aux brutalités d'une médecine excessive : un tel but, s'il était atteint, vaudrait mieux qu'une foule de petites vérités stériles, sans application.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observations témoignant des bons effets de la compression dans le relâchement pathologique des symphyses du bassin [1]. — Lorsque nous insérons un travail dans ce recueil, nous n'oublions jamais que nous nous adressons à des praticiens, et nous nous reprocherions de nous borner à leur reproduire seulement les enseignements qui se trouvent dans les ouvrages classiques. Ainsi, dans la note que nous avons publiée sur le relâchement des symphyses du bassin, après avoir signalé la fréquence des erreurs de diagnostic, commises surtout faute d'avoir présente à la pensée la possibilité de cette lésion, nous avons rappelé que le traitement le plus efficace, de l'avis de tous les hommes compétents, était la compression du bassin. Mais, en pratique, l'indication ne suffit pas; celle-ci posée, il reste à la remplir le plus complétement possible. Or, nous l'avons fait remarquer, les symphyses du bassin, n'étant pas situées dans un même plan, ne se trouvent pas soumises également à l'action mécanique, lorsque la ceinture offre la disposition généralement adoptée. Les effets incomplets de cet agent de compression avaient conduit les fabricants à tenter de remédier à cette défectuosité. Parmi les deux meilleures modifications apportées à la forme de la ceinture, celle de M. J. Charrière et celle de M. Ferd. Martin, nous n'avons pas hésité à recommander de préférence le modèle fourni par ce dernier, parce qu'il remplit le plus complété-

[1] Voir le numéro du 15 janvier, p. 20 et 27.

ment et le plus commodément l'indication. Nous nous sommes appuyé, pour formuler ce jugement, non-seulement sur la constitution anatomique du bassin, mais encore et surtout sur l'expérience clinique, ce juge irréfutable des données pratiques. De plus, nous avons cité, comme témoins de ces faits, Marjolin, Robert, Lenoir, Cazeaux, M. P. Dubois, M. Danyau, dont on ne niera pas la compétence en semblable matière.

Est-ce à dire pour cela que nous ayons voulu prétendre que tous les cas de relâchement des symphyses du bassin réclament indispensablement l'emploi de la ceinture de M. Ferd. Martin? Ce serait se méprendre sur notre pensée, et nous allons en fournir pour preuve le dernier fait que nous avons promis de placer sous les yeux de nos lecteurs. La conclusion de notre article, — elle découlait si naturellement que nous nous sommes abstenu de la formuler, — est celle-ci : Toutes les fois que le relâchement des symphyses pelviennes est assez considérable, assez ancien pour réclamer l'emploi d'un moyen de compression rigide, le ressort de la ceinture, au lieu d'être forgé dans un plan horizontal, doit s'incliner en avant, pour agir sur la symphyse pubienne en même temps que sur celles sacro-iliaques; et, afin de mieux être compris, nous avons fait représenter le modèle de M. Ferd. Martin. Cet enseignement nous a paru avoir une valeur assez grande pour en faire l'objet d'une communication à la Société de médecine ; plusieurs de nos collègues, MM. Géry et Duparcque entre autres, ont appuyé du poids de leur longue expérience notre témoignage en faveur de cette ceinture.

Des faits ont été également produits à l'appui de l'efficacité de la compression du bassin à l'aide des moyens les plus simples, le bandage de corps, par exemple. Mais, pour qu'il réussisse, il faut qu'il soit mis en œuvre dès le début de la lésion : *Principiis obsta.* Le plus intéressant de ces faits est l'observation suivante, qui a été communiquée par M. Devilliers, ce qui nous porte à la reproduire :

Obs. *Gonflement et ramollissement des symphyses du bassin à la fin de la grossesse. — Accouchement laborieux. — Inflammation légère de la symphyse pubienne. — Guérison.* — Mme de L***, âgée de vingt-huit ans, d'une santé assez délicate, atteinte d'une chlorose et d'une gastralgie habituelle, devint enceinte pour la troisième fois, dans les dernier jours du mois d'avril 1857. Le cours de sa grossesse ne fut troublé que par le retour ou l'exacerbation de ses douleurs gastralgiques pendant les premiers mois; mais vers la fin du huitième, elle accusa une difficulté insolite dans la marche et quelques douleurs dans les articulations du bassin, douleurs dont le siége était difficilement déterminé par la malade, et qui s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur dans le fond du bassin, et d'un peu de leu-

corrhée. Le 12 janvier 1858, c'est-à-dire quinze jours environ avant le terme régulier de la grossesse, cette dame commença à ressentir dans la soirée les premières douleurs de la parturition. Aucune cause appréciable ne les avait développées, et je dois faire remarquer que déjà, dans la grossesse précédente, l'accouchement avait devancé le terme du même espace de temps.

Après douze heures de douleurs suivies et régulières, le travail ne marcha plus que lentement, quoique le col de l'utérus, effacé depuis la veille au soir, fût dilaté à moitié et souple, et que la tête du fœtus, qui se présentait en position occipito-iliaque postérieure droite, fût partiellement engagée dans l'excavation. Les douleurs, devenues languissantes, ne lui faisaient faire aucun progrès depuis plusieurs heures. Comme aucun obstacle apparent ne se présentait, que le bassin était large et bien conformé, j'opérai la rupture des membranes, dans l'espoir d'activer la marche du travail; mais ce fut en vain : deux heures après, les douleurs étaient languissantes et sans efficacité sur la progression de la tête. J'administrai alors 1 gramme de seigle ergoté en deux doses données à quinze minutes d'intervalle. Ce médicament n'eut d'autre résultat que d'amener une certaine tension des parois utérines, sans donner de vigueur aux contractions de l'organe, et sans modifier très-sensiblement la progression de la tête. A neuf heures et demie du matin, c'est-à-dire un peu plus d'une heure après la deuxième prise de seigle ergoté, dont je n'avais pas voulu porter plus haut la dose, à cause de la tendance que l'occiput avait à se diriger de plus en plus vers la cavité du sacrum, et des obstacles que je prévoyais, mon oreille, attentive aux troubles de la circulation du fœtus, remarqua un affaiblissement marqué et un ralentissement dans les bruits du cœur de celui-ci. Je n'hésitai pas alors à terminer l'accouchement par une application de forceps. Elle ne fut ni longue, ni difficile, bien que j'eusse dû extraire la tête en position occipito-sacrée, sans dans lequel la rotation s'était complétement opérée. L'enfant, qui était une fille, fut aisément ranimé. La délivrance fut aisée, et ne présenta rien de particulier, non plus que la turgescence des seins et la fièvre concomitante, qui furent très-modérées.

Mais un accident consécutif attira mon attention dès le lendemain de l'accouchement; ce fut une douleur assez vive, continue, ayant son siége dans la symphyse pubienne, et s'irradiant dans toute la région antérieure des cuisses, de telle sorte que tout mouvement du bassin était douloureux, et que la malade était contrainte de rester couchée sur le dos, dans une immobilité presque complète. Cette douleur ne s'accompagnait, sur aucun point, ni de tuméfaction, ni de rougeur; la pression ne semblait en modifier que très-modérément l'intensité, et elle ne s'accompagna jamais d'aucun mouvement fébrile particulier. Je ne reconnus pas là, d'abord, une de ces arthrites qui offrent, en général, une si grande gravité pendant l'état puerpéral; mais en me rappelant les douleurs vagues que la malade avait éprouvées dans les articulations du bassin pendant le dernier mois de sa grossesse, la difficulté de la marche, la pesanteur de l'utérus, et en rapprochant ces symptômes de ceux que

j'observais actuellement, je ne pus attribuer ceux-ci qu'à un ramollissement et à un gonflement exagéré des tissus inter-articulaires. La douleur, qui était assez vive pour m'empêcher de chercher s'il existait de la mobilité entre les surfaces articulaires, s'était, selon moi, exaspérée après l'accouchement, non pas tant sous l'influence de l'application du forceps, qui n'avait présenté aucune difficulté sérieuse, que sous celle des efforts prolongés du travail. En effet, on sait que pendant la grossesse les parties cartilagineuses et ligamenteusses qui unissent et maintiennent les symphyses du bassin subissent une sorte d'hypertrophie. Quant à ce qui concerne la symphyse pubienne, les lames cartilagineuses qui adhèrent aux facettes ellipsoïdes de l'articulation, de même que les ligaments inter-pubiens, se tuméfient légèrement; la matière glutineuse qui existe en faible proportion entre leurs faisceaux fibreux augmente de quantité, et la capsule synoviale qui tapisse la face postérieure des cartilages interarticulaires, qu'elle sépare visiblement dans un espace linéaire, devient plus sensible, plus étendue en tous sens ; enfin la partie antérieure de ces cartilages, presque entièrement confondue dans l'état de vacuité, se laisse assez aisément séparer à la fin de la grossesse. Chez ma malade, l'exagération de ces phénomènes existait déjà dès la fin de la grossesse ; puis, au moment du travail de l'accouchement, l'engagement de la tête dans une position défavorable, et la longueur de cet engagement, produisirent une tension et en même temps une congestion des tissus inter-articulaires ; de telle sorte qu'après l'extraction de l'enfant le rapprochement subit des surfaces articulaires tuméfiées et le retrait des ligaments engorgés avaient accentué le gonflement, et surtout la douleur, sans qu'il y eût là une arthrite véritable. J'ai dit, en effet, qu'aucun mouvement fébrile particulier n'accompagnait les symptômes indiqués, et que la turgescence mammaire ne s'était manifestée que par une accélération du pouls très-modérée et passagère.

Quoi qu'il en soit, l'application continue de cataplasmes émollients et laudanisés, la sudation à l'aide de boissons diaphorétiques abondantes, quelques laxatifs suffirent pour produire d'abord un amoindrissement de la douleur ; mais la malade ne put commencer à changer de position dans son lit que lorsque, cette douleur étant calmée, c'est-à-dire vers le huitième jour, je pus appliquer autour du bassin une nappe fortement serrée. A ce moyen je joignis les jours suivants l'application de compresses trempées dans une décoction d'écorce de chêne et de roses de Provins, puis consécutivement des frictions avec le baume Nerval.

Ce ne fut que vers le vingtième jour que la malade, toujours maintenue par la compression du bassin, put être levée et placée pendant une heure sur un fauteuil. Les jours suivants, et toujours aidé par le même moyen, le déplacement de la malade devint plus facile, et bientôt je fus surpris des progrès rapides que cette dame fit dans la marche. J'ai su depuis, par le docteur Gibert, son médecin habituel, que sa santé s'était complétement rétablie.

Dans les remarques dont il a fait suivre la lecture de son obser-

vation, M. Devilliers n'a pas hésité à reconnaître que, si le moyen très-simple de compression qu'il avait employé avait amené la guérison, il devait rapporter ce résultat aux circonstances pathologiques, la turgescence des tissus intra-articulaires et l'état récent de la lésion.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Maladie simulée chez une jeune fille de sept ans. Il faut savoir, en médecine, suspendre son jugement et se tenir dans une prudente réserve, en présence surtout d'une famille dans l'anxiété, tant qu'on n'a pu réunir tous les éléments nécessaires à un bon diagnostic. C'est la conduite que M. le docteur Bonifas, d'Anduse, a sagement tenue dans le fait qu'on va lire, et où l'on va voir que, si dès le début, il avait porté un diagnostic quelconque, il se serait grossièrement trompé.

On alla chercher en toute hâte, dans la journée du 10 juillet, M. Bonifas pour une petite fille de sept ans, qui venait d'être prise d'une crise nerveuse. Il ne put être auprès d'elle qu'une heure après. La crise avait été de courte durée, et l'enfant, parfaitement remise, avait pu retourner à l'école. Mais bientôt on la ramena; elle venait de tomber dans une nouvelle crise. Son aspect était tout à fait celui d'une enfant endormie du sommeil le plus paisible; le pouls était normal; il n'y avait ni contractures, ni convulsions; seulement, à deux reprises, l'enfant fléchit lentement, souplement ses avant-bras et les étendit de même. Il ne fut possible de faire aucune tentative pour s'assurer de l'état de la sensibilité, car au bout de deux ou trois minutes, l'enfant ouvrit les yeux, regardant autour d'elle d'un air hébété, restant quelques secondes sans rien dire; puis, comme faisant effort pour rassembler ses idées, elle demanda, en parlant très-lentement, où elle était, comment elle se trouvait là. Très-peu de temps après, elle reprit sa physionomie habituelle; elle prétendit alors n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé. L'attaque avait en tout duré cinq minutes; elle avait débuté de la manière suivante:

Sophie X*** était assise sur son banc, tenant son livre à la main; tout à coup sa tête s'était penchée en avant, ses yeux s'étaient fermés, ses doigts, peu à peu étendus, avaient laissé échapper le livre, l'enfant s'était affaissée sur elle-même et avait doucement glissé à terre; c'est alors qu'on l'avait relevée et apportée chez sa mère.

La crise passée, M. Bonifas recueillit de la mère les renseignements suivants:

Sophie X*** est âgée de sept ans et demi; elle est assez intelligente, mais peu développée physiquement pour son âge; le frère aîné, âgé de dix-sept ans, est très-peu développé pour son âge; il a été atteint d'une chorée bien caractérisée, dont il a été parfaitement guéri. L'appétit de Sophie X*** est capricieux; cependant les digestions paraissent se bien faire, le sommeil est bon, et à part les crises nerveuses, on ne voit point de trouble sérieux dans la santé.

Ces crises reviennent à intervalles inégaux; il y en a souvent sept à huit par jour; l'enfant tombe à l'école, dans la rue, dans la boutique de son père, mais sans jamais se faire mal; elle n'a jamais eu du fait de ces chutes la moindre contusion, la plus petite égratignure. L'enfant dort; on croit qu'elle ne voit, n'entend, ni ne sent, qu'elle est insensible en un mot; à son réveil, elle ne garde aucun souvenir ni de la crise ni de la manière dont elle est survenue. Cet état dure depuis quatre mois; les crises, qui ne revenaient que tous les huit jours, au nombre de deux à trois par jour, reviennent tous les deux ou trois jours, au nombre de sept à huit par jour.

Enfin, depuis une dizaine de jours, il y a eu sept ou huit fois une modification bizarre. Au lieu d'un simple sommeil apparent, on voit l'enfant se lever, les yeux toujours fermés,

marcher, aller, venir, changer de chambre, paraître y voir malgré l'occlusion des yeux, éviter les meubles lui faisant obstacle, porter certains objets sous son nez, les garder ou les repousser, etc., le tout sans jamais parler. Tout cela dans un temps variable d'un quart d'heure à une heure. On avait, dès le début, eu recours au médecin de la famille, qui avait prescrit un traitement tonique et antispasmodique.

Tous ces renseignements pris, M. Bonifas engagea la mère à continuer le même traitement, et à ne pas se lasser de l'envoyer chercher pour le rendre témoin des différentes manifestations de la maladie.

L'âge de l'enfant, son peu de développement physique, son aspect, la chorée dont son frère avait été atteint, tout portait à supposer qu'il existait une maladie du système nerveux, dont il s'agissait de déterminer la nature par une observation attentive.

Voici, en résumé, comment M. Bonifas est arrivé à reconnaître dans ce fait la simulation qu'il n'avait d'abord pas soupçonnée.

Le 20 juillet, il vit l'enfant dans une grande crise, resta une heure durant spectateur impassible de toutes les évolutions auxquelles il plut à cette enfant de se livrer. Au bout de ce temps, ayant acquis la conviction de la simulation, il en fit part aux parents, leur promettant que la prochaine crise serait la dernière. En effet, trois jours après, il était auprès de l'enfant qui venait de tomber dans une petite crise; elle était simplement endormie. Il dit alors à la mère, et de manière à être entendu de l'enfant, qu'on allait commencer séance tenante par un lavement, et qu'on procéderait ainsi à chaque crise nouvelle qui surviendrait. L'enfant se mit aussitôt à pleurer. Le lavement fut administré malgré ses larmes, et depuis, elle n'a pas eu une seule crise. (*Gaz. des hôpit.*, décembre 1862.)

Utilité du perchlorure de fer dans la diphthérie. L'époque n'est pas bien loin où les médecins croyaient n'avoir rien de plus efficace à opposer à l'angine pseudo-membraneuse, gutturale ou laryngienne, que les divers moyens fournis par la médication dite *antiphlogistique*. Mais si cette époque n'est pas bien éloignée par le temps, elle l'est beaucoup sous le rapport de l'esprit qui guide actuellement les praticiens dans le traitement de ces maladies. On a reconnu qu'au lieu de les combattre par une thérapeutique débilitante, on ne saurait au contraire trop soutenir les forces des malades; aussi a-t-on eu recours aux toniques, soit diététiques, soit médicamenteux, ne conservant des méthodes antérieures que les agents qui s'adressent à la lésion locale, c'est-à-dire qui ont pour but la destruction, la modification ou l'expulsion de la fausse membrane.

En faveur de ces idées sur la nature et la thérapie de la diphthérie, lesquelles sont certainement les conquêtes d'une étude plus approfondie, plus juste, moins systématique de cette affection, M. le professeur Courty est venu apporter son témoignage. Persuadé que la maladie est de nature adynamique, il repousse, lui aussi, tout moyen dont l'effet serait de débiliter l'organisme, et n'admet que ceux qui sont doués de propriétés opposées : une alimentation réparatrice, aussi substantielle que le malade la peut supporter, et, parmi les médicaments, le quinquina (en décoction coupée avec du lait), et surtout le fer, que, sans le décorer du nom de spécifique, il regarde comme concourant merveilleusement, avec l'alimentation et les autres toniques, à remplir l'indication capitale.

De toutes les préparations martiales, celle qui lui paraît la plus digne d'obtenir tous les suffrages, c'est la solution de perchlorure de fer à 30 degrés, déjà préconisée, comme on sait, par un honorable praticien de Paris, M. le docteur Aubrun. Toutefois, le savant professeur de Montpellier n'exclut pas les autres ferrugineux; il croit même qu'il en est qui doivent être préférés dans certains cas, dans ceux, par exemple, où les voies digestives seraient irritées, ou bien dans lesquels une diathèse particulière réclamerait tel médicament martial plutôt que tel autre, comme l'iodure de fer chez les enfants scrofuleux.

M. Courty fait usage du perchlorure de fer de deux manières : 1° *à l'intérieur*, il le donne à la dose de 25 à 50 gouttes dans un verre d'eau à boire en vingt-quatre heures, par cuillerées, en faisant suivre chaque fois d'une gorgée de lait, pour faire disparaître l'arrière-goût styptique, suivant la remarque de M. Aubrun. Il continue le médicament, même après la guérison, assez longtemps pour relever les forces et abréger la convalescence. 2° Il l'em-

ploie *localement*, sinon à l'exclusion de tout autre topique, du moins avec une préférence marquée; et la raison de cette préférence, c'est que cette solution a une action à la fois caustique, hémostatique et tonique, en vertu de laquelle elle modifie très-avantageusement la surface après l'enlèvement de la fausse membrane, en respectant les parties voisines non dénudées d'épithélium; c'est encore que, si l'on ne peut pas arracher la plaque diphthéritique, le perchlorure de fer possède la précieuse propriété d'agir sur elle, de la pénétrer, de s'infiltrer sous ses bords et d'aller ainsi atteindre et modifier le tissu sous-jacent. (*Rech. sur les conditions météorologiques du développ. du croup et de la diphthérie*, Montpellier, 1862.)

Traitement du lupus par la galvano-caustique. Les ravages profonds et rapides du lupus ont donné depuis longtemps l'idée de traiter cette cruelle affection par des moyens chirurgicaux énergiques, parmi lesquels la cautérisation, actuelle ou potentielle, occupe le premier rang. Le fer rouge, les acides concentrés, les chlorures de zinc et d'antimoine, le caustique de Vienne n'ont pas paru trop violents pour en prévenir ou combattre les effets. MM. Neumann, de Vienne, et Veitt, de Breslau, viennent de faire connaître les résultats des tentatives qui ont été faites en Allemagne avec la galvano-caustique.

D'après M. Neumann, les douleurs causées par le galvano-cautère cessent presque immédiatement; elles ne peuvent être comparées aux vives souffrances occasionnées par la potasse caustique, la pâte de Canquoin, etc.; elles sont même beaucoup moins vives que celles qui suivent l'emploi du nitrate d'argent. Les escarres se détachent très-vite : aussi le séjour à l'hôpital en est-il fort abrégé. Ce genre de cautérisations ne provoque d'ailleurs nulle hémorrhagie. On se sert habituellement du galvano-cautère à dents, avec lequel on attaque les tubercules isolément, comme on le ferait avec le crayon de nitrate d'argent. On se sert du cautère de porcelaine lorsque les tubercules sont volumineux, ou lorsqu'il est nécessaire de cautériser de larges surfaces, comme dans le lupus hypertrophique. On a même attaqué avec le couteau de platine le lupus exubérant. Le platine chauffé à blanc ne forme presque pas d'escarre; chauffé au rouge, il ne produit que des croûtes minces, qui se détachent du troisième au dixième jour, à l'aide de lotions avec la décoction de camomille; les plaies se recouvrent plus ou moins promptement d'épiderme, suivant la constitution du malade; on rend les cicatrices plus régulières en touchant légèrement les plaies avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre ou le précipité blanc. En résumé, la galvano-caustique suffirait à elle seule, d'après cet auteur, pour guérir la plupart des cas de lupus tuberculeux et hypertrophique. Il est à désirer qu'on en fasse l'essai en France. (*Gaz. hebdomad.*, décembre 1862.)

Modification au procédé usuel de la trachéotomie pour éviter l'hémorrhagie thyroïdienne. La trachéotomie est une opération devenue assez usuelle aujourd'hui pour qu'aucun praticien ne doive rester étranger aux perfectionnements et aux modifications qui ont pour objet d'en faciliter l'exécution et d'en assurer le succès. Voici une modification heureuse dans le procédé opératoire qui a été inspiré à M. le docteur Legros, d'Aubusson, par une difficulté particulière à laquelle il a eu affaire.

Ayant eu à pratiquer la trachéotomie chez une petite fille de quatre ans, pour conjurer l'asphyxie imminente produite par la présence d'un corps étranger (un pois-haricot) introduit dans la trachée-artère, M. Legros procéda d'abord selon les règles posées par M. le professeur Trousseau, règles que tout le monde connaît. Le ténaculum cricoïdien de M. Chassaignac lui fut très-utile pour fixer la trachée et pour servir de conducteur au bistouri quand ce conduit fut découvert. Mais voici le moyen que notre confrère a employé pour pénétrer dans la trachée-artère sans léser l'isthme du corps thyroïde (chez cette enfant, l'isthme était très-développé, et M. Legros avoue qu'il n'osa pas l'inciser, comme le conseillent les auteurs classiques) : il eut l'idée, séance tenante, de se servir du bec de la sonde cannelée pour le décoller, le soulever et l'attirer de haut en bas, de manière à découvrir les premiers anneaux de la trachée; puis il plongea son bistouri dans la rainure du ténaculum, et il incisa facilement quatre anneaux du conduit aérien. L'opération fut faite presque à sec, car deux ou trois petits vaisseaux qui donnaient du sang furent immédiatement saisis avec les

serre-fines de Vidal. Une fois l'incision faite et les lèvres écartées avec une pince recourbée, le pois sortit immédiatement avec des mucosités jaunâtres, et, au bout de quelques jours, la guérison était parfaite.

M. Legros s'est assuré, en ne publiant cette observation qu'au bout de plusieurs années, que ce décollement d'une portion de la thyroïde n'a été suivi d'aucun accident. C'est donc une modification utile à mettre en pratique dans les cas analogues à celui qui s'est présenté à notre confrère. (*Union méd.*, décembre 1862.)

Iodure de potassium uni au sulfate de quinine. M. Marone reconnaît à l'association de ces deux médicaments un pouvoir supérieur à celui du sel quinique seul. C'est surtout contre les fièvres intermittentes æstivo-automnales qu'il s'en est bien trouvé. Par son action résolutive durable, l'iodure dissipe l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale et prévient les engorgements viscéraux, complication si ordinaire et si redoutable de ces fièvres, lorqu'elles se prolongent quelque temps. En deux mots, l'iodure lui paraît à la fois neutraliser l'action irritante et renforcer l'action thérapeutique du sulfate de quinine. Enfin, l'auteur italien ne néglige point de faire valoir l'économie qui résulterait de la réduction ainsi obtenue des doses de sulfate de quinine. (*L'Imparziale* et *Gaz. de Lyon*, janvier 1863.)

Corps gras comme antidote de l'empoisonnement par la strychnine. Les expériences de M. Blondlot, dans l'empoisonnement par l'arsenic, ont engagé M. Rienderhoff à essayer les corps gras comme antidote de la strychnine. Les animaux mis en expérience ont été une trentaine de chiens et de lapins. Les conclusions de l'auteur peuvent se résumer ainsi :

1° L'absorption de la strychnine et de ses composés est empêchée par l'administration de la graisse, du beurre ou de l'huile. Les effets les plus marqués sont obtenus avec la graisse, les moins rapides avec l'huile. Le temps gagné dans la rémission des accidents peut permettre d'instituer un traitement régulier.

2° La présence de la graisse, du beurre ou de l'huile dans l'estomac retarde l'action de l'émétique. Il faut donc donner celui-ci à doses répétées et plus considérables, ou mieux faire usage de la pompe stomacale. On fera bien, dans ces circonstances, de laver en quelque sorte l'estomac, en y injectant de l'huile.

Les corps gras, d'après M. Rienderhoff, auraient plus d'efficacité pour prévenir les effets de l'empoisonnement par la strychnine que la plupart des antidotes proposés et essayés jusqu'ici, notamment plus que la morphine et la conicine, qui n'ont donné aucun résultat satisfaisant dans les expériences dont M. Gallard a entretenu l'Académie de médecine en octobre dernier, plus même que l'aconitine, qui a cependant produit quelques effets sensibles dans deux expériences, mais qui a échoué dans une troisième. (*Archiv. für die Holländ, etc.*, et *Gaz. hebdomad.*, novembre 1862.)

Plaie par arme à feu de la paume de la main gauche et des doigts. — Hémorrhagies consécutives, au nombre de quatorze. Ligature de l'artère dans la plaie. — Guérison. On sait que M. le professeur Nélaton a introduit dans la pratique et fait adopter par presque tous les chirurgiens, dans les cas de plaies avec hémorrhagies, le principe de la ligature des artères au sein même d'une plaie enflammée et sur l'extrémité lésée du vaisseau. Ce principe, appliqué surtout jusqu'ici pour les cas de plaies de la paume de la main, est également applicable aux plaies des autres régions. Le fait suivant, qui s'est passé dernièrement à l'hôpital des Cliniques, a fourni à M. Nélaton l'occasion d'en faire une nouvelle application et d'en faire ressortir les avantages.

Un jeune homme de trente-trois ans reçut, en chassant, un éclat du canon de son fusil dans la main gauche, d'où résulta une blessure profonde. La plaie paraissait, à la suite du traitement le plus simple, marcher vers une guérison rapide, lorsque, vers le dixième jour, se produisit un accident fréquent, on pourrait même dire ordinaire en pareil cas : une hémorrhagie consécutive sous l'influence d'un léger effort. On comprima les artères cubitale et radiale, l'écoulement de sang s'arrêta ; mais l'appareil compresseur ne pouvant pas être maintenu indéfiniment et la circulation se rétablissant, l'hémorrhagie se produisit de nouveau. On chercha alors à coaguler le sang dans les vaisseaux, à l'aide de cautérisations avec la pâte

de chlorure de zinc; l'écoulement ne s'arrêta que momentanément et de nouvelles hémorrhagies nécessitèrent à différentes reprises l'emploi du même caustique et du perchlorure de fer, secondé par la compression de l'artère brachiale. Bref, dans l'espace de vingt-cinq jours, quatorze hémorrhagies se succédèrent plus ou moins rapidement et réduisirent le malade à un état d'anémie inquiétant. Il fallut intervenir d'une manière plus active. Il y avait à choisir entre deux partis : lier l'artère radiale ou lier l'extrémité même de l'artère lésée d'après le principe que nous venons d'énoncer. C'est ce parti que prit M. Nélaton. Voici les motifs qui justifient cette dernière manière d'agir et qui lui ont fait exclure la première.

Lorsqu'on jette un fil sur une artère dans une plaie en voie de suppuration, dit M. Nélaton, on sait que les tuniques du vaisseau sont coupées plus tôt que si on a affaire à une portion d'artère tout à fait saine. La ligature embrassant des parois qui n'ont subi aucune altération tombe à peu près du dixième au quinzième jour, tandis que dans une plaie bourgeonnante la chute du fil arrive du quatrième au cinquième jour. Le vaisseau est donc coupé plus promptement dans ce cas; mais qu'importe, si le travail oblitérateur n'en a pas moins eu le temps de se produire, si un caillot a pu se produire assez adhérent et assez solide pour ne pas être expulsé par la pression du courant sanguin ! C'est, en effet, ce qui arrive : la chute de la ligature est hâtive, mais non pas prématurée, puisque l'hémorrhagie ne se répète pas ultérieurement. Si on n'avait pas agi de la sorte chez le malade dont il vient d'être question, que serait-il advenu? On se serait décidé à lier l'artère radiale; l'arrêt de l'écoulement sanguin aurait peut-être persisté pendant quelques heures, mais les communications nombreuses des artères de l'avant-bras auraient bientôt rétabli la circulation et ramené les hémorrhagies dans un laps de temps assez court. C'est pour des cas de ce genre qu'on a été obligé quelquefois de lier l'artère brachiale et même l'axillaire, et quelquefois même de pratiquer l'amputation du membre. La ligature de l'artère dans la plaie met au contraire d'autant plus sûrement à l'abri de ces retours d'hémorrhagies qu'il se fait un travail de réparation extra-vasculaire dû aux bourgeons charnus qui entourent le vaisseau et qui rend toute hémorrhagie ultérieure impossible. (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1862.)

Nouveau procédé pour la resection du calcanéum. — M. Carlo Busi s'est surtout attaché à éviter une incision portant sur la plante du pied ; la cicatrice a, en effet, quand elle est située ainsi, de graves inconvénients, tant pour la station debout que pour la progression. Voici le procédé qu'il préfère, et qu'il a exécuté chez deux malades. Il pratique une incision qui, commençant sur le bord externe du pied, contourne en arrière le talon et se termine, sur le bord interne, en un point correspondant à celui où elle avait commencé en dehors. Elle doit se tenir au niveau même du bord du pied, au-dessus de la face plantaire. Le lambeau ainsi circonscrit a la forme d'un fer à cheval. Si l'on doit, — ce qu'il faut toujours éviter, autant que possible, — reséquer la partie de l'os où s'insère le tendon d'Achille, on peut faire remonter plus ou moins haut sur le talon la partie postérieure de l'incision. On passe ensuite à la dissection du lambeau qu'on renverse, et on termine par la résection plus ou moins complète de l'os. L'expérience a appris à M. Busi que ce procédé est celui qui permet le mieux de mettre à découvert toute la partie malade, et d'agir librement avec la scie, dans quelque direction qu'on ait besoin de la porter. Le lambeau, taillé par une incision qui le circonscrit en arrière, laisse un libre écoulement au pus durant le travail de cicatrisation. Celui-ci achevé, l'opéré peut marcher sans que le poids de son corps appuie sur la cicatrice. Enfin, l'auteur remarque que, soit dans l'incision, soit dans la dissection, le bistouri ne rencontre que des vaisseaux d'un volume insignifiant. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, décembre 1862.)

Fistule thoracique guérie par une nouvelle méthode. Un homme avait reçu un coup de couteau qui lui avait ouvert la plèvre gauche, dans une étendue de 3 centimètres, entre la huitième et la neuvième côte. On s'était empressé de fermer la plaie extérieure à l'aide de points de suture, sans avoir pris la peine d'arrêter préalablement l'hémorrhagie artérielle abondante qui avait succédé au traumatisme. L'épanchement sanguin abondant qui

se fit dans la plèvre fut suivi d'une pleurésie purulente, la plaie se rouvrit et fut remplacée par une fistule, laquelle, après s'être fermée momentanément, ne tarda pas à s'établir de nouveau, et resta ensuite permanente, fournissant sans cesse une suppuration abondante et fétide. La santé générale s'altéra gravement, et le malade finit par tomber dans le marasme le plus profond. Un stylet, introduit dans la fistule, pénétrait dans tous les sens, à une grande profondeur.

Les divers moyens employés contre cet état ayant tous échoué, le docteur Walter, de Philadelphie, dans le service duquel était placé ce blessé, conclut que la fistule devait être entretenue, soit par la présence d'un caillot sanguin dans la plèvre, soit par une carie costale, et l'on se décida à faire une large ouverture à la paroi thoracique. L'affaissement du thorax, consécutif aux altérations de la plèvre, avait eu pour effet de rapprocher à tel point les côtes, que l'espace intercostal, correspondant à la fistule, se trouvait complétement effacé. On ne craignit pas, pour arriver au but que l'on se proposait, de reséquer la huitième côte dans une longueur de 1 pouce 1/2. L'ouverture, créée par cette resection, donna issue à une grande quantité de pus extrêmement fétide, et, en outre, à une masse rougeâtre, formée par un caillot décomposé. La cavité pleurale fut nettoyée dans les premiers temps par des injections d'eau tiède. Plus tard, on y fit des injections iodées, et sous l'influence de ce traitement, la cavité s'affaissa peu à peu, en même temps que l'état général s'améliorait rapidement.

Ce ne fut pourtant là qu'un résultat passager ; au bout de six semaines, le malade avait déjà perdu tout le bénéfice de l'opération. M. Walter pensa qu'une source d'irritation permanente résidant dans la plèvre était sans doute la cause de cette marche défavorable, et, encouragé par les effets immédiats de sa première opération, il se décida à en tenter une seconde, instituée d'après les mêmes principes, mais plus radicale. On réséqua à jour la huitième et la neuvième côte dans une longueur de 2 pouces 1/2. On put alors s'assurer que la paroi interne de la cavité était tapissée par une membrane pyogénique épaisse, pulpeuse et mal disposée pour fournir les éléments d'une inflammation adhésive. Cette membrane fut, en conséquence, enlevée dans toute son étendue, à l'aide du doigt et d'une spatule : opération assez délicate, attendu qu'on voyait sans peine, au-dessous de la fausse membrane, les battements du péricarde et les mouvements du diaphragme. La cavité, qui fut ainsi dépouillée, avait à peu près le volume de la tête d'un enfant d'un an. Le traitement consécutif exigea beaucoup de patience ; (injections d'eau de camomille, de teinture d'iode, de sulfate de zinc, inspirations forcées ; dilatation de l'orifice par des éponges préparées ; toniques généraux, etc.)

L'amélioration obtenue à l'aide de ces moyens fut entravée à plusieurs reprises par le retour d'accidents graves ; mais, en définitive, la cavité se combla, et la fistule elle-même se ferma définitivement, au bout d'un an de traitement environ. Trois mois plus tard, l'opéré quittait l'hôpital en parfaite santé.

Nous citons ce fait plutôt comme un exemple de hardiesse heureuse, justifiée par l'imminence du danger et par le succès tout à la fois, que comme un exemple à imiter, crainte qu'on ne trouvât pas toujours des plèvres aussi tolérantes que celle du sujet auquel M. Walter a eu affaire. (*The med. and surgical Reporter* et *Gaz. méd. de Paris*, nov. 1862.)

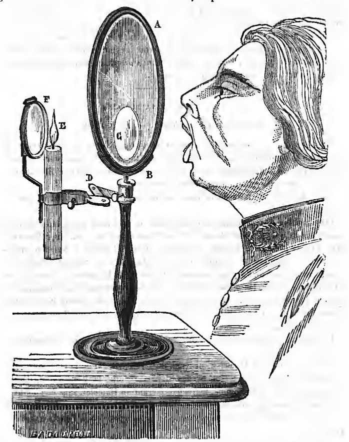
Vomissements incoercibles, guérison par l'acide sulfurique médicinal. Parmi les nombreux moyens essayés contre les vomissements incoercibles figure l'acide sulfurique médicinal, qui compte quelques succès. Voici un exemple qui vient à l'appui. Un bûcheron de trente-six ans souffrait depuis longtemps de vomissements, sans y prendre grande attention, lorsque, depuis six mois, ils augmentèrent au point que ce pauvre homme ne gardait rien de ce qu'il prenait ; aussi maigrissait-il et s'affaiblissait-il rapidement. Admis dans le service du docteur Vigiezzi au mois d'avril dernier, celui-ci ne put constater, malgré un examen attentif, la cause ni la condition pathologique de ce vomissement obstiné. Il administra donc empiriquement l'acide sulfurique médicinal, avantageusement donné en pareil cas ; soit 3 grammes dans 500 d'eau à boire dans les vingt-quatre heures, pendant cinq jours consécutifs. Les vomissements cessèrent aussitôt, malgré une diète variée, et le bonhomme put quitter l'hôpital neuf jours après. (*Atti ulf. dell' Ospital maggedi Milano* et *Un. medic.*, janv. 1863.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL

Pharyngoscope de famille.

M. Dubois, d'Amiens, a mis sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil de l'invention de M. le docteur Moura-Bourouillon, et que l'auteur désigne sous le nom de *pharyngoscope de famille.* Il y a deux ans environ, M. Moura-Bourouillon a présenté à l'Académie un instrument destiné à répandre l'emploi du laryngoscope de Liston, et à vulgariser la laryngoscopie. Dans son mémoire il faisait remarquer que son *pharyngoscope* contribuerait à rendre moins dangereuses les affections de l'arrière-bouche, en permettant aux *malades eux-*



mêmes d'éclairer et de voir mieux que par le passé le fond de leur bouche et en les obligeant à réclamer les soins de leur médecin dès le début du mal. Cette remarque a été si bien appréciée par tous ceux qui ont été à même de mettre le

pharyngoscope à l'épreuve, qu'il a jugé à propos, sur leurs instances, de faire subir à son instrument une légère modification et de l'approprier à un emploi plus général. C'est l'instrument ainsi modifié qui est présenté aujourd'hui.

Le pharyngoscope, on le sait, se compose d'une lentille et d'un miroir. Son importance est tout entière dans la combinaison de ces deux objets. Dans l'instrument présenté pour la première fois à l'Académie, la lentille et le miroir sont susceptibles de s'isoler ou de se réunir et d'être employés séparément ou ensemble à leurs usages respectifs. On pourrait le nommer *pharyngoscope scientifique*.

La modification que M. le docteur Moura a fait subir à cet instrument consiste dans la réunion définitive de la lentille et du miroir, de manière à ne former, pour ainsi dire, qu'un simple miroir ordinaire, dont la monture peut être en métal, en bois, et même en carton.

En faisant cette modification, l'auteur s'est proposé en outre de mettre son instrument entre les mains des familles et de faciliter ainsi au médecin l'exploration de la bouche, de l'arrière-gorge et du larynx de ses malades, car il n'aura besoin d'avoir sur lui que le petit miroir laryngien ou le laryngoscope. C'est pour cette raison que M. le docteur Moura a donné à son instrument ainsi modifié le nom de *pharyngoscope de famille*.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Intervention des médecins. — Recevabilité.

Nous recevons du bureau de l'Association des médecins du département de la Somme la communication suivante d'un jugement du tribunal correctionnel et d'un arrêt de la Cour impériale d'Amiens concernant l'exercice illégal de la médecine, que nos lecteurs accueilleront avec intérêt.

Voici d'abord les faits de la cause et les deux jugements dont ils ont été l'objet :

L'Association des médecins du département de la Somme ayant été avertie de nombreux faits d'exercice illégal de la médecine reprochés à un sieur Decérisy, MM. Fevez, président, Lenoël, secrétaire, Dubois, Langlet et Vaillant, membres de la commission administrative de l'Association, avaient déposé une plainte au parquet de l'arrondissement d'Amiens. Sur la poursuite intentée par le ministère public, les mêmes médecins étaient intervenus dans l'instance, se portant parties civiles. Ils agissaient, du reste, non point comme représentant l'Association, qui ne constitue point une personne civile, mais isolément et en leur nom personnel.

Le tribunal d'Amiens déclara l'intervention non recevable par les motifs suivants :

En ce qui concerne Decérisy, prévenu d'exercice illégal de la médecine :

Attendu que de l'instruction et des débats résulte la preuve que, dans le courant de 1862, le susnommé, maréchal-ferrant au Hamelet, sans être muni de diplôme, a donné gratuitement des consultations et prescrit l'emploi de divers remèdes à quatre reprises différentes au sieur L..., et une seule fois aux sieurs R..., etc.;

Qu'il a ainsi en sept circonstances exercé illégalement l'art de guérir et contrevenu autant de fois aux articles 35 et 36 de la loi du 9 ventôse an XI ;

Attendu qu'il est de jurisprudence que les peines encourues pour infraction

aux articles précités ne peuvent excéder celle de simple police déterminée par l'article 466 du Code pénal, et qu'en matière de contravention les peines se cumulent;

En ce qui concerne la demande des intervenants parties civiles;

Attendu que, si tout fait de l'homme qui cause à autrui un préjudice oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer, les susnommés ne justifient en aucune façon que les faits dont Decérisy a été déclaré coupable leur aient occasionné un dommage matériel appréciable;

Qu'en effet la consultation concernant R... n'a pu avoir un tel résultat pour aucun d'eux, ce témoin ayant déclaré que c'était à l'instigation du docteur ***, et en subissant ainsi l'influence d'une provocation intéressée, qu'il était allé trouver Decérisy en feignant d'éprouver des douleurs qu'il ne ressentait pas, et que, quant aux trois autres personnes auxquelles le prévenu a fourni des remèdes, les débats n'ont révélé aucun indice de nature à faire supposer qu'à défaut du prévenu elles auraient eu recours aux soins éclairés des intervenants;

Que vainement invoquent-ils au besoin, en se plaçant à un point de vue plus élevé, à défaut de préjudice matériel, tout au moins un préjudice moral suffisant pour justifier leur intervention, chacun d'eux se trouvant intéressé à combattre toute concurrence illicite par l'effet salutaire de réparations civiles, afin de protéger à la fois la profession honorable de médecin et la société abusée par ces charlatans n'offrant aucune des garanties qu'elle est en droit d'exiger d'hommes voués à l'art de guérir;

Qu'en effet l'honorabilité du corps médical, aussi bien que l'intérêt général de la société, sont suffisamment sauvegardés par l'exercice de l'action publique auquel n'a jamais fait défaut le ministère public, chaque fois que ces faits d'exercice illégal de la médecine sont arrivés à sa connaissance; qu'à lui seul, d'ailleurs, incombe ce devoir, et nullement à un ou plusieurs médecins, n'ayant d'autre droit que de poursuivre en justice la réparation du préjudice particulier que des faits de cette nature peuvent leur avoir occasionné;

Par ces motifs,

Déclare Decérisy coupable, le condamne en sept amendes de 2 francs chacune.

Et statuant sur l'intervention, déclare les intervenants non-recevables et mal fondés. — (22 novembre 1862).

Sur l'appel qui a été fait de ce jugement par MM. Fevez et consorts, la Cour d'Amiens a rendu l'arrêt suivant:

Attendu que la Cour n'est saisie que de la question de savoir si, dans la poursuite exercée contre Decérisy par le ministère public, les cinq médecins intervenants étaient recevables et bien fondés à se porter parties civiles;

En droit et sur la recevabilité:

Attendu que les médecins n'agissent point comme membres de l'Association fondée dans le département de la Somme, mais individuellement et à titre particulier, quoique ayant réuni leurs communs intérêts dans les mêmes conclusions;

Qu'on ne peut méconnaître qu'il y ait, dans la concurrence illicite faite aux hommes de l'art par des empiriques, la source d'un préjudice matériel souvent difficile à préciser en chiffres, mais suffisant pour que chez les médecins un légitime intérêt soit engagé et autorise leur poursuite quand l'exercice illégal a eu lieu dans la localité qu'ils habitent; mais qu'à un autre titre leur action est non moins justifiée par la déconsidération que ces pratiques et ces prétendues

guérisons jettent sur le corps médical par les comparaisons blessantes et injustes qui en résultent, et que sous ce rapport le préjudice moral atteint dans une mesure et dans des limites relatives chacun de ceux qui loyalement exercent l'art de guérir, après s'être soumis aux épreuves et garanties exigées par la loi;

En fait;

Attendu que Decérisy reconnait qu'il a des recettes de famille dont il use pour rendre service, qu'il a été condamné par jugement du 15 novembre, dont il n'est point appelant, pour avoir illégalement exercé la médecine, tant à Amiens que dans les cantons d'Albert et de Corbie, où résident un ou plusieurs des intervenants, et chacun d'eux a souffert, sinon matériellement, au moins moralement, un préjudice qu'il appartient à la Cour d'apprécier;

Attendu que des documents de la cause il résulte que le préjudice sera suffisamment réparé par la condamnation aux dépens;

Par ces motifs :

La Cour, statuant sur l'appel interjeté par les parties de X...,

Infirme le jugement du 15 novembre dernier, en ce qu'il a repoussé leur intervention;

Emendant, les décharge des condamnations contre eux prononcées;

Déclare recevable et bien fondée l'intervention desdits appelants;

Condamne Decérisy aux dépens de première instance et d'appel pour tous dommages-intérêts;

Dit que l'avance des frais envers l'Etat sera faite par les parties civiles, sauf leur recours contre Decérisy,

Et ont été les dépens liquidés, etc.

Du 16 janvier 1863 (2e ch.), M. Hardouin, président.

Il ressort de cet arrêt : *Que dans les poursuites pour cause d'exercice illégal de la médecine, les médecins habitant le canton où ont été commis les faits incriminés sont recevables à intervenir, tant en raison du préjudice matériel causé par la concurrence illicite (si difficile qu'il puisse être à préciser en chiffres), qu'à raison du préjudice moral résultant de la déconsidération que jettent sur le corps médical les comparaisons blessantes et injustes que font naître les pratiques des empiriques.*

Cet arrêt tend, comme on le voit, à fixer la jurisprudence sur les questions longtemps litigieuses d'exercice illégal de la médecine, d'une part, en apportant plus de sévérité dans une répression jusque-là presque toujours illusoire, et, d'autre part, en consacrant en principe le droit des médecins de se porter partie civile.

Ce droit, qui avait été vivement contesté et qui n'est pas encore définitivement établi, ainsi que le prouvent les décisions contraires de quelques tribunaux, et en particulier le jugement déféré dans l'espèce à la Cour d'Amiens, est basé dans l'arrêt qui vient d'être reproduit sur des considérations nouvelles, et qui lui donneront plus de force que les considérants sur lesquels s'étaient fondés les arrêts précédents. Les considérants tirés du préjudice matériel causé aux médecins par les empiriques avaient rencontré, en effet, des objections sérieuses, à cause de la difficulté d'apprécier l'étendue de ce préjudice. Ceux qu'on déduisait du préjudice moral avaient aussi soulevé quelques difficultés. Aussi l'arrêt de la Cour d'Amiens a-t-il ajouté des motifs d'un ordre un peu différent.

Basé en partie sur le préjudice matériel, qu'il reconnait d'ailleurs difficile à préciser en chiffres, il se fonde surtout sur le préjudice moral, mais en le

faisant résulter d'une considération qui ne se rencontrait dans aucun des précédents arrêts. « Le crédit des empiriques ne se maintient en effet qu'à l'aide de prétendues guérisons qui font naître, comme le dit l'arrêt, des comparaisons injustes et blessantes pour les médecins. Si l'espèce en offrait un saisissant exemple, il n'en est pas peut-être où cette cause de préjudice ne doive se rencontrer; aussi la Cour n'invoque-t-elle aucune des circonstances particulières à l'affaire qui lui était soumise.

« Du moment où l'on reconnaît que ce préjudice suffit à autoriser l'intervention, on est amené par une conséquence naturelle à élargir en même temps le rayon dans lequel peuvent être pris les intervenants.

« Ainsi ce ne sont pas seulement les médecins de la commune où réside le prévenu qui seront recevables à se porter parties civiles, mais encore ceux du canton; et il suffira même qu'une contravention ait été commise dans un canton voisin, pour autoriser l'intervention des médecins qui y exercent. »

Tels sont les principes que consacre cet arrêt. D'après le *Journal des audiences d'Amiens*, dont nous venons de reproduire en partie la judicieuse appréciation, cet arrêt tire une importance particulière, au milieu de l'hésitation qui subsiste encore dans la jurisprudence, de cette circonstance qu'il signale une nature de préjudice qui se rencontrera dans presque toutes les espèces, et de ce qu'en même temps il étend le nombre des médecins recevables à intervenir.

On ne saurait méconnaître dans l'esprit qui a dicté cet arrêt l'influence heureuse du concours moral de l'Association générale des médecins de France.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de perdre un de ses plus dignes représentants, M. Golfin, professeur de thérapeutique. Pour bien faire apprécier l'homme et ses œuvres, il nous suffira de reproduire les passages suivants du discours que M. le professeur Bouisson a prononcé sur sa tombe :

« .... Qu'il nous suffise de rappeler que Golfin a su dérober aux occupations absorbantes de la pratique et de l'enseignement un temps suffisant pour la publication de nombreux mémoires. Quelques-uns se rapportent à la pathologie, à la thérapeutique spéciale, notamment ses travaux sur la *Fièvre pernicieuse ortiée*, et sur la *Mercurialisation dans l'hydrocéphale aigu* : sujets de pratique heureusement exposés, et où se révèlent de remarquables qualités d'observateur. Mais les préférences de notre collègue le ramenaient surtout vers la thérapeutique générale. C'est dans ces matières que son esprit philosophique s'exerçait librement, répandait des aperçus nouveaux et signalait des rapports entre les faits, non moins difficiles à découvrir que les faits eux-mêmes. Ses ouvrages sur l'*Homme, considéré comme sujet de la thérapeutique*, sur l'*Occasion et l'opportunité dans le traitement des maladies*, sur la *Pharmacodynamie*, sur la *Méthode de vérification scientifique*, sont des écrits honorables pour l'école de Montpellier. La doctrine du vitalisme s'y montre avec sa forme la plus tolérante et la plus strictement scientifique. Ce sont les titres importants de Golfin à l'estime du monde médical.

« Mais si ces travaux que Golfin se proposait de compléter par une *Thérapeutique générale*, dont il a laissé le manuscrit, révèlent, dans notre collègue, une aptitude supérieure, reconnaissons que son talent s'est encore manifesté à un plus haut degré dans les applications habituelles de la pratique médicale. C'était là son véritable champ de triomphe. Golfin était le modèle accompli du médecin praticien; il a perpétué, jusqu'à notre époque, les traditions qui nous relient à un passé médical glorieux. On voyait revivre en lui ces manières no-

bles sans affectation que le public chérissait dans Fouquet, Portal, Double et Récamier. C'était le médecin ami des familles, conseiller du riche, protecteur du pauvre, portant la charité évangélique dans l'exercice professionnel, appliquant, dans leur plus grande rigueur, toutes les règles du devoir. Loin d'obéir aux hésitations de ce faux dévouement qui s'alimente aux sources de l'intérêt, Golfin a prodigué, pendant soixante ans, son zèle, sa science, ses libéralités, faisant le bien pour le bien, et recueillant ainsi ces palmes de la vertu et ce concert florissant d'éloges qui éclate aujourd'hui sur sa tombe et auxquels sa modestie échappait de son vivant. Il était, en effet, complet dans ses fonctions de praticien.

« Ai-je besoin de parler de sa profonde instruction en pathologie et en thérapeutique, des ressources infiniment variées qu'il apportait dans les cas difficiles et qui rendaient ses avis si précieux dans les consultations? Ses succès habituels l'avaient conduit à une grande confiance dans l'art. Il ne savait pas désespérer, il était exempt du doute qui brise le courage et paralyse les forces de l'esprit. Ses convictions étaient fortes, parce qu'elles étaient sincères, parce qu'elles avaient une double source dans la possession de la science et l'amour du bien. Il avait appris et acquis les vérités médicales avec cette ardeur sereine qui les éclaire, en montrant leur véritable émanation. Il agissait sous la lumière qui ne trompe pas l'esprit lorsqu'il est avide de Dieu. Aussi, messieurs, — et c'est par là, jeunes élèves, que Golfin doit vous être proposé pour exemple, — il a réalisé, dans toute la rigueur du mot et à l'honneur de la profession, la mission sociale du médecin ; il a tiré de notre art tout le bien qu'il porte dans ses flancs, en s'appliquant à conjurer les malheurs attachés à l'existence humaine. Son âme candide, et inspirée par les meilleurs sentiments, trouvait des ressources pour toutes les infortunes. Il ne les a jamais regardées avec cette indifférence qu'on croit faussement être le fruit d'une longue pratique. A côté de ses remèdes, sa voix amie combattait aussi la souffrance, car la parole du médecin, imprégnée de charité, relève les forces de l'homme et lui restitue le bien-être moral. »

Un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. Le jury se compose de MM. Danyau, Huguier, Jarjavay, Foucher et Barthez. MM. Marjolin et H. Roger, suppléants. Les concurrents sont: MM. Bastien, Duchaussoy, Lefort, Legendre, Liégeois, Panar, Parmentier, Péan, Rambaud, de Saint-Germain, Marc Sée, Tarnier, Tillaux.

M. le docteur Dequevauviller, professeur de physique de l'Association polytechnique, et M. Dorvault, l'auteur bien connu de l'*Officine* et d'autres travaux importants de pharmacie, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. Grellois, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du Conseil des armées, a été promu médecin principal de première classe, en remplacement de M. Bouneau, retraité.

Le 3 mars prochain, des concours seront ouverts à l'Ecole de médecine de Lille pour trois places de professeurs suppléants aux chaires de médecine, matière médicale et thérapeutique, de chirurgie et d'accouchements, et de pharmacie, toxicologie et histoire naturelle médicale.

M. Husson, directeur de l'Assistance publique, vient d'être élu membre de l'Académie des sciences morales et politiques, en remplacement de M. le baron Baude.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires et principalement dans la phthisie pulmonaire [1].

Par M. le docteur WOILLEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'aborde actuellement une objection qui pourrait m'être faite à propos des deux observations que je viens de rapporter et des autres faits analogues que j'ai observés, c'est que l'amélioration survenue pourrait ne résulter que de la disparition d'une complication qui aurait existé dans toute sa puissance au moment de l'aggravation apparente de la phthisie pulmonaire. Mais, je puis affirmer qu'il n'existait rien de semblable chez les malades assez nombreux que j'ai observés. Il ne s'agissait bien, dans tous, que de la phthisie tuberculeuse déjà avancée, et subissant manifestement une modification heureuse portant à la fois sur l'état général et sur l'état local.

On peut bien, il est vrai, accuser des poussées congestives plus ou moins persistantes de certaines aggravations qui surviennent dans le cours de cette maladie; mais ces congestions ne sont-elles pas un élément propre à l'évolution même de la phthisie? Et, s'il en est ainsi, le tannin ne rendrait-il pas un grand service en combattant et en diminuant ces congestions, tout en fortifiant en même temps l'organisme, ce que démontre l'amélioration générale qu'il produit?

Il me paraît probable que le tannin agit favorablement dans la phthisie pulmonaire, en prévenant le retour des congestions dont je viens de parler, et en limitant au moins leur évolution, de manière à les faire comme avorter sur place. Je livre cette appréciation à mes lecteurs, en faisant observer qu'elle semble prendre un solide point d'appui dans les faits favorables qui ont pu être observés assez longtemps, et dans lesquels l'amélioration persistante peut être considérée comme une véritable guérison : guérison plus ou moins solide sans doute, ce que le temps seul permettra de juger.

Mais ici se présente naturellement une nouvelle objection.

Des guérisons plus ou moins définitives ont été obtenues pendant l'emploi d'autres moyens thérapeutiques, ou même par les seules forces de ce que l'on est convenu d'appeler la nature. Cette remarque contradictoire m'a été faite avec une ardeur si empressée par

[1] Suite et fin, voir les numéros des 15 et 30 janvier, p. 12 et 49.

un de mes collègues, lorsque j'ai communiqué à la Société médicale des hôpitaux mes deux observations de guérison de résorption purulente pendant l'emploi du tannin (Voir *Union médicale*, 1862), qu'il semblerait vraiment que j'aie manqué de logique en attribuant quelque part de favorable influence au seul médicament qui ait, pour ainsi dire, été administré. Cependant, il me paraît très-raisonnable, à propos d'une médication particulière employée pendant qu'on observe une modification dans les phénomènes morbides, de se demander si l'on doit poser la conclusion de cause à cet effet. C'est simplement poser les termes d'un problème et non le résoudre, tout en fournissant des éléments de solution. C'est ce que j'ai fait pour l'emploi du tannin dans la résorption purulente puerpérale, qui n'est pas encore une question jugée, quoi qu'on ait pu se presser de le dire. C'est encore ce que je fais ici, à propos de la même médication dans la phthisie pulmonaire avancée.

Voici d'abord deux faits qui me semblent démontrer l'efficacité du tannin dans cette dernière condition. Leur petit nombre s'explique par la nécessité d'observer très-longtemps les malades pour être assuré que l'amélioration n'est pas temporaire.

Obs. VIII. En juillet 1859, j'étais de service au Bureau central, lorsque fut amené à ma consultation par M. X***, employé de l'administration de l'Assistance publique, un jeune artiste graveur, M. D***, âgé d'une vingtaine d'années, demeurant rue Tiquetonne, 14. Il était parvenu à la dernière période de la phthisie tuberculeuse. La pâleur du malade, sa maigreur, sa faiblesse extrême, qui, de la voiture qui l'avait amené, lui avait difficilement permis de se rendre à la salle de consultation, la fréquence et la petitesse du pouls, l'exacerbation fébrile le soir, la dyspnée apparente, la toux avec expectoration de crachats muco-purulents abondants, et enfin l'existence d'une vaste caverne existant sous la clavicule gauche avec matité absolue, gargouillement et pectoriloquie; enfin, des râles sous-crépitants existant aussi sous la clavicule droite : telles étaient les particularités qui ne laissaient aucun doute sur la période avancée de la maladie.

Quoique le cas me parût désespéré et me fît annoncer une fin prochaine, je n'en conseillai pas moins la médication suivante : *décoct. de lichen ;* chaque jour *4 pil. de tannin* de 0gr,20 chaque, avant les repas, à prendre dans deux cuillerées de *sirop de protoiodure de fer* avant les deux principaux repas ; *régime substantiel* autant que possible.

J'avais oublié ce malade, que je croyais mort depuis longtemps, lorsque, le 13 octobre 1860, quinze mois par conséquent après lui avoir formulé ma prescription, la même personne qui m'avait déjà amené M. D***, sachant que j'étais alors au Bureau central, me le présenta de nouveau. Le jeune homme désirait savoir s'il devait

continuer encore le traitement primitivement conseillé par moi. Il l'avait suivi sans interruption depuis sa première visite, à l'exception toutefois du lichen, qui n'avait été pris qu'au commencement du traitement.

Je fus surpris du changement survenu chez ce jeune homme. Son état général était des plus satisfaisants.

L'examen de la poitrine ne faisait constater qu'une submatité légère sous la clavicule gauche, où il n'existait plus aucun râle (non plus qu'à droite), et où l'on constatait seulement une respiration caverneuse pure et sèche, même après les plus violents efforts de toux. A droite, le bruit respiratoire était pur, et seulement avec expiration prolongée. La dyspnée était presque nulle, ainsi que la toux et l'expectoration.

Longtemps après cette dernière entrevue, et sans que j'aie tenu note de la date, la mère de ce jeune homme vint me demander avis sur l'opportunité d'un mariage que son fils avait en vue. Il continuait à se bien porter.

Ainsi, voilà un jeune homme arrivé à la dernière période d'une phthisie tuberculeuse, qui est soumis à une médication particulière, et qui, après avoir suivi le traitement prescrit avec une ponctualité scrupuleuse pendant quinze mois, arrive à une guérison incontestable, caractérisée par le retour de la santé générale et par la cicatrisation appréciable d'une vaste caverne du poumon.

Les conditions hygiéniques, avant comme pendant le traitement, ont été absolument les mêmes; en sorte qu'on ne saurait considérer l'amélioration survenue comme un de ces retours spontanés à la santé qui sont inexplicables et que l'on voit survenir avec une thérapeutique insignifiante.

Je dois faire remarquer que le malade a pris 360 grammes de tannin par doses quotidiennes de 0gr,80; et que, s'il a pris en même temps le sirop de proto-iodure de fer, auquel on peut attribuer une partie du succès obtenu, on ne saurait évidemment considérer le tannin comme étranger aux changements favorables qui sont survenus. Je l'ai vu, en effet, diminuer si fréquemment les sécrétions intra-bronchiques, et arrêter si manifestement la marche de la phthisie tuberculeuse, alors qu'aucun autre médicament actif ne pouvait revendiquer sa part d'influence, que l'on est forcé d'en tenir compte. Dans le fait qui suit, par exemple, son action est beaucoup plus manifeste.

Obs. IX. M. D***, âgé de trente ans, caissier dans une maison de commerce (rue du Buisson-Saint-Louis, 24), a eu dans son enfance une ophthalmie scrofuleuse qui a laissé ses yeux très-irritables et des glandes suppurées au cou, d'où sont résultées des cicatrices caractéristiques.

A l'âge de dix-neuf ans, il a eu une bronchite intense et prolongée, à la suite de laquelle il est toujours resté délicat et toussant habituellement.

Il s'est marié à l'âge de vingt-six ans. Quelques mois après, il a eu de la fièvre avec un mal de gorge; c'était une scarlatine, qui fut méconnue, car, quelques semaines plus tard, le 15 août 1858, il constata que sa peau était le siége d'une desquamation par larges plaques. Dans le cours de cette desquamation, il survint des frissons répétés, auxquels se joignit de la dyspnée, une toux plus fréquente, et une expectoration qui fut mélangée de sang pendant quelques jours.

Lorsque je fus consulté par le malade pour la première fois, environ trois semaines après, le 8 septembre 1858, la phthisie pulmonaire était trop bien caractérisée pour que l'on ne fît pas remonter son début à une époque antérieure à l'évolution de la scarlatine. Il y avait de temps en temps des douleurs vagues de poitrine, surtout vers le sommet du poumon gauche. La percussion révélait une matité complète sous la clavicule gauche et au niveau de la fosse sus-épineuse du même côté; en même temps il y existait un souffle bronchique dans les deux temps de la respiration, une bronchophonie intense et un râle humide qui occupait tout le côté gauche de la poitrine, mais dont les bulles étaient beaucoup plus nombreuses et plus volumineuses au sommet du poumon qu'au-dessous. A droite la sonorité sous-claviculaire était obscure, mais sans matité prononcée, l'expiration prolongée et comme soufflante, la voix retentissante, et des râles humides existaient à droite, mais en moins grande abondance et limités au sommet du poumon.

A ces signes locaux se joignaient une dyspnée habituelle, une toux parfois fatigante et quinteuse, et une expectoration de crachats nummulaires et opaques assez abondants. Il y avait de la fièvre le soir. Quoique l'appétit fût assez bon, l'amaigrissement, ainsi que la faiblesse, avaient fait des progrès sensibles; cependant le malade ne gardait pas le lit et vaquait à ses occupations, d'ailleurs sédentaires.

A partir de ce jour, le malade fut soumis à l'usage des pilules de protoiodure de fer avec des narcotiques; mais les pilules de Blancard n'ayant pu être supportées sans occasionner de la dyspepsie, et l'état de M. D*** restant le même, je substituai à ce médicament le tannin, qui fut continué sans interruption *pendant deux années*, jusque vers la fin de 1860. Pris à la dose de quatre à six pilules de 0gr,15 par jour (rarement huit), ce médicament fut si bien supporté, que jamais je ne fus obligé d'en suspendre l'usage pendant cette première période du traitement. Sous son influence, l'état général devint meilleur, et l'état local s'améliora aussi graduellement, malgré deux hémoptysies passagères et peu abondantes. Le tannin n'était pris que depuis quelques semaines, et les râles étaient bornés aux sommets des deux poumons, plus marqués à gauche, presque nuls à droite, et l'expectoration avait diminué d'une manière notable. Les râles humides se limitèrent ensuite au sommet gauche, où la respiration devint moins soufflante et la voix moins retentis-

sante, tandis qu'à droite le bruit respiratoire présentait comme signe principal une expiration forte et prolongée analogue à l'inspiration. Enfin, les râles humides eux-mêmes finirent par disparaître entièrement au sommet du poumon gauche, et, après dix mois de traitement, l'état de M. D*** était si satisfaisant, qu'il s'écoula quatre mois (de juin à novembre 1859) sans que je fusse appelé auprès de lui.

Il y avait alors un son clair sous la clavicule droite et seulement une submatité aiguë légère sous la gauche, où existait primitivement une matité absolue. La sonorité était égale en arrière au niveau des fosses sus-épineuses. A l'auscultation : respiration sèche au sommet du poumon droit, avec expiration prolongée, sans aucun râle humide par la toux, qui est quelquefois suivie seulement d'un râle sifflant fugitif; pas de bronchophonie manifeste; à gauche, dans la région correspondante, bruit respiratoire granuleux et irrégulier, manifestement sec, ce que démontre son uniformité, après comme avant la toux, qui ne révèle aucun râle humide; en même temps la voix retentit moins que du côté droit.

Depuis deux ans que cette amélioration s'est faite, elle s'est non-seulement maintenue, mais fortifiée encore. Aujourd'hui, en effet, les signes perçus au sommet des deux poumons sont bien restés les mêmes, et la respiration granuleuse sèche du sommet gauche n'a pas cessé de se faire entendre, mais le son est également clair sous les deux clavicules, et toute trace de matité ou de submatité a complétement disparu.

Pendant ces deux dernières années, le nombre de mes visites, toutes réclamées par M. D***, ne s'est élevé qu'à une trentaine, et encore presque toutes ont-elles été motivées par deux ophthalmies et par des troubles dyspeptiques. Le tannin, associé au vin de quinquina et à un régime substantiel, a été continué, mais non plus d'une manière suivie. Le malade, qui s'observe très-bien, a noté que, depuis quatre ans, il a pris 400 grammes de tannin (nombre rond) pendant les deux premières années, et 200 grammes pendant les deux dernières. Il prenait le médicament aux mêmes doses journalières pendant cette dernière période, mais avec des interruptions égales aux séries de traitement.

Dans les derniers mois, l'état général était satisfaisant, sans que la constitution fût des plus robustes, et la toux avait notablement diminué ainsi que l'expectoration; enfin, il n'y avait de dyspnée que par l'ascension des escaliers ou par une marche trop rapide.

Ici se terminait cette observation, lorsque je lui fis prendre place dans ce mémoire, dans les derniers jours du mois d'octobre dernier. La situation de M. D*** était bien alors celle que je viens d'exposer en dernier lieu; mais, après s'être exposé imprudemment à un refroidissement subit, il fut atteint d'une pneumonie double qui l'enleva en trois jours.

Pendant la vie, l'hépatisation, qui occupait toute la hauteur du poumon gauche et une partie du droit, laissait intacte la perception, dans la région sous-claviculaire gauche, de la respiration granuleuse sèche qui continuait à y être persistante.

Aucune vérification anatomique n'a pu être faite.

Ce malade se trouvait certainement dans de très-mauvaises conditions pour le traitement, lorsque je le vis pour la première fois : tempérament scrofuleux, tuberculisation aggravée par une scarlatine méconnue et par conséquent mal traitée, état général peu satisfaisant. Et cependant l'emploi du tannin a eu des résultats favorables dont l'évidence me paraît incontestable. Pendant les deux années dans lesquelles le tannin est pris avec régularité, l'état local s'améliore assez rapidement : la matité sous-claviculaire s'amoindrit, puis disparaît ; les râles cessent de se faire entendre aux sommets des poumons, où une respiration granuleuse persistante indique à gauche une réparation cicatricielle, tandis qu'à droite c'est une simple expiration prolongée qui persiste comme trace de la lésion tuberculeuse. L'état général lui-même s'améliore également, et permet à M. D*** de remplir assidûment ses fonctions de caissier.

Cependant, cet état général laisse toujours un peu à désirer par la persistance de la diathèse scrofuleuse qui se manifeste par un teint mat, un peu de bouffissure de la face et surtout des lèvres (sans œdème), et par une blépharite chronique. Mais ces conditions défavorables n'en rendent que plus remarquable l'influence de la médication tannique sur la tuberculisation pulmonaire.

La double pneumonie qui est venue tout récemment enlever M. D***, a présenté ceci de particulier, au point de vue qui m'occupe, que le souffle et le râle crépitant se constataient dans toute l'étendue du poumon gauche, *à l'exception de la région sous-claviculaire correspondante*, où la respiration granuleuse était seulement perçue et avec les mêmes caractères que précédemment. J'en conclus à la réalité cicatricielle que j'avais admise, m'expliquant par la nature même de cette réparation que cette région ait échappé à l'envahissement inflammatoire (1).

(1) Je puis rapprocher de cette observation celle d'un de mes malades de Saint-Antoine, qui m'a offert aussi une respiration granuleuse sèche sous-claviculaire, comme modification favorable de la lésion tuberculeuse arrivée à la période de formation des cavernes.

C'était un homme âgé de trente-deux ans, boulanger, qui fut admis au nº 11 de la salle Saint-Jean, le 15 février 1862, pour une bronchite capillaire généralisée, avec râles plus gros et plus nombreux aux sommets des poumons, où ils se limitèrent bientôt. Ils étaient plus prononcés à la région sous-claviculaire gauche, où l'on percevait du souffle et de la bronchophonie. L'usage du tannin fit graduellement disparaître les râles qui furent remplacés par une respiration rude et granuleuse, que la toux ne modifiait nullement. Le séjour à l'hôpital fut d'environ quatre mois (sortie le 4 juin).

Je n'ai pu, il est vrai, constater anatomiquement la légitimité de mon induction. Mais, voici une dernière observation qui a pu être complétée par l'autopsie.

Obs. X. Joséphine M***, âgée de vingt et un ans, bijoutière, est admise dans ma division, à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Cécile, n° 31), le 16 septembre 1862.

Elle a perdu son père d'une *fluxion de poitrine*, sa mère du choléra, et deux sœurs d'hémorrhagie (?). Il lui reste une sœur et deux frères bien portants.

17 *septembre.* — Cette jeune fille est assez frêle, pâle, très-amaigrie; ses forces sont considérablement diminuées depuis qu'elle est malade; elle garde le lit depuis plusieurs semaines.

Elle tousse surtout depuis le mois d'avril dernier. Auparavant, et depuis, elle avait une nourriture insuffisante, ce à quoi elle attribue des douleurs épigastriques et thoraciques qu'elle a éprouvées. L'oppression a été graduellement en augmentant, sa toux est devenue de plus en plus fréquente, surtout le matin. Les matières expectorées, qui remplissent le tiers du crachoir, sont composées de mucosités transparentes dans lesquelles sont suspendus des crachats nummulaires opaques, d'un jaune verdâtre; ces crachats n'ont été précédemment qu'une seule fois sanguinolents, sans hémoptysie proprement dite. Tous les soirs la malade éprouve une exacerbation fébrile; néanmoins l'appétit est à peu près conservé, les digestions sont maintenant faciles, il n'y a pas de diarrhée; mais l'amaigrissement a fait de notables progrès, surtout pendant les derniers mois.

Le pouls est petit et fréquent, la respiration accélérée, l'abattement prononcé. Il existe une obscurité de son manifeste à la percussion sous la clavicule droite et au niveau de la fosse sus-épineuse du même côté, et dans ces régions il existe à l'auscultation des ronchus humides abondants avec respiration caverneuse et pectoriloquie. A gauche, dans les régions correspondantes, il y a des râles humides bien moins abondants, de la respiration bronchique avec expiration prolongée, mais retentissement de la voix moindre qu'à droite.

En présence de l'affaiblissement considérable de cette jeune fille, je la soumets immédiatement au traitement par le tannin (4 pilules par jour), en complétant la prescription par *sol. gomm.*, *jul. diac.*, *vin de quinquina et une portion d'aliments.*

Huit jours après, on constatait un changement marqué. Le teint était meilleur, l'œil plus vif, malgré l'atténuation de la fièvre, l'appétit plus prononcé, la dyspnée moindre, la toux moins fréquente et l'expectoration moins abondante, ainsi que les râles.

Le 7 octobre, trois semaines après l'admission, l'amélioration générale s'était maintenue et l'état local était plus profondément modifié. La submatité était manifestement moindre qu'à l'admission au sommet du poumon droit, où la respiration restait soufflante et s'accompagnait de pectoriloquie, mais où, en même temps, les râles humides n'apparaissaient en avant qu'après la toux pour dis-

paraître aussitôt, tandis que, en arrière, il n'existait que des râles sibilants. Au sommet du poumon gauche, le bruit respiratoire était rude sous la clavicule, mais non soufflant, avec expiration prolongée et sans bronchophonie ni râles d'aucune sorte, soit en avant, soit en arrière.

Telle était encore la situation de la malade le 19 octobre, lorsqu'elle fut prise d'une affection varioleuse très-grave avec éruption hémorrhagique et pneumonie gauche intercurrente, qui enleva cette jeune fille le 26 octobre.

Pendant toute la durée de cette maladie intercurrente, et malgré l'invasion de la pneumonie, la toux et l'expectoration ont fait complétement défaut, et aucun râle humide ne s'est montré aux sommets des poumons.

A l'autopsie, faite vingt-cinq heures après la mort, nous avons trouvé les lésions suivantes, outre l'hépatisation de la partie postérieure et moyenne du poumon gauche :

Le sommet du poumon gauche, adhérent en partie et détaché avec soin, est comme froncé dans un point où existe un enfoncement. Au niveau de cet enfoncement, une coupe montre qu'au niveau du froncement et dans le voisinage de la plèvre existe une agglomération de quelques petits tubercules de la grosseur de grains de millet, infiltrés de matière noire, sans concrétions crétacées et sans induration du tissu ambiant ; aucun d'eux n'offre de signe de ramollissement. Enfin, il n'existe aucun autre tubercule, aucune granulation miliaire dans le reste de ce poumon.

Le poumon droit est, à son sommet, creusé par une seule caverne anfractueuse, pouvant contenir une noix dans sa partie supérieure qui est la plus vaste. Cette caverne offre ceci de remarquable, qu'elle contient à peine un peu de muco-pus, et que ses parois sont tapissées par une fausse membrane molle et mince, qui est surtout appréciable lorsque l'on examine la section perpendiculaire des parois de la cavité, ou lorsqu'on en racle légèrement la surface interne. Le reste de ce poumon contient un assez grand nombre de tubercules non ramollis et infiltrés de matière noire, les plus gros du volume d'un grain de chènevis.

Ce qu'il y a eu de remarquable chez cette malade, observée d'ailleurs peu de temps, c'est, d'une part, la coïncidence d'une amélioration générale et locale pendant la vie, en même temps que les lésions pulmonaires marchaient vers une réparation manifeste, et, d'autre part, la preuve de cette évolution favorable des lésions par l'examen des organes après la mort, qui est survenue rapidement dans le cours d'une grave affection intercurrente.

D'un autre côté, l'emploi du tannin et l'amélioration survenue pendant la vie, constituent bien deux faits connexes, le premier cause, et le second, effet de cette cause. Les observations précédemment rapportées me semblent venir suffisamment à l'appui de cette induction. Mais en est-il de même des changements favorables sur-

venus dans les lésions pulmonaires ? En un mot, ces changements doivent-ils être considérés comme la conséquence de la médication par le tannin ? Il me semble difficile de ne pas se prononcer pour l'affirmative. C'est justement dans les derniers temps de la vie, en effet, que le mieux apparent s'est montré, et, après la mort, c'est un travail de réparation peu ancien que l'on constate ; car il n'existe aucune induration du tissu pulmonaire révélant une lésion très-chronique au niveau du froncement cicatriciel du sommet du poumon gauche, et la fausse membrane tapissant les parois de la caverne du poumon droit était trop molle pour être ancienne.

Quelle que soit la manière dont on juge les faits que j'ai exposés dans ce travail et les inductions que j'en ai tirées, j'ai cru de mon devoir de porter les uns et les autres, surtout en ce qui concerne la phthisie, à la connaissance des médecins praticiens, pour que, de leur côté, ils cherchent à déterminer la valeur réelle de la médication dont je viens de m'occuper. Ils s'y détermineront sans peine, car il s'agit d'un remède dont l'emploi est sans inconvénient, et d'une maladie contre laquelle échouent habituellement les traitements ordinaires.

J'ajoute, comme dernière remarque, que les principales conditions dans lesquelles la médication par le tannin m'a paru échouer dans la phthisie, sont la continuité de la fièvre, la rapidité de la marche de la maladie, et l'existence d'un accouchement récent : conditions qui ont semblé donner à la phthisie pulmonaire une impulsion fatalement progressive.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des bons effets des émissions sanguines et des vésicatoires dans la pelvi-péritonite séro-adhésive.

Par M. le docteur A. Laboulbène, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Dans un ouvrage recommandable à plusieurs titres, la *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, dont nous avons récemment rendu compte [1], nous avons fait ressortir, à côté de la fidélité des descriptions symptomatologiques et anatomiques, le soin avec lequel les indications thérapeutiques avaient été établies. L'histoire de la pelvi-péritonite et de ses variétés nous a fourni l'occasion d'un tribut

[1] *Gazette des hôpitaux*, numéros des 29 novembre et 16 décembre 1862.

d'éloges mérités, parce qu'en effet nous avions déjà éprouvé et reconnu la valeur du traitement exposé par M. le docteur Bernutz. Les émissions sanguines modérées et l'emploi des vésicatoires dans la pelvi-péritonite séro-adhésive nous ont constamment procuré de bons résultats dans les cas bien définis où nous les avons employés.

Si l'on réfléchit à la difficulté qu'offrait l'appréciation des moyens thérapeutiques dirigés contre les prétendus phlegmons péri-utérins, avant que l'anatomie pathologique eût élucidé ce point si délicat et si important de la pathologie des organes génitaux internes de la femme, on ne sera pas surpris qu'on ait multiplié, à leur sujet, tous les procédés d'évacuation sanguine. On avait posé en règle qu'il fallait, par des applications réitérées de sangsues, soustraire à l'organisme génital une grande quantité de sang, ou désemplir le système sanguin utéro-ovarien, pour empêcher l'inflammation phlegmoneuse péri-utérine de suivre ses phases. Or, il est bien prouvé aujourd'hui que la pelvi-péritonite purulente est exceptionnelle, comparativement à la pelvi-péritonite séro-adhésive. C'est à cette dernière que nous devons réserver les moyens que j'ai signalés dans le titre de ce travail.

Précisons les principaux symptômes et signes de la pelvi-péritonite : elle se révèle au médecin par la pesanteur et surtout la douleur abdominale, *sorte de point de côté hypogastrique*, témoignant de l'inflammation de la séreuse péritonéale, suivie, mais seulement plus tard, de tuméfaction péri-utérine ou intra-pelvienne. Nous disons tuméfaction, parce qu'au début c'est un sentiment de résistance molle que perçoit le doigt porté au fond du vagin, ou bien encore c'est une sorte d'empâtement très-douloureux à la pression pour la malade et que l'on trouve sur l'un des points du pourtour de l'utérus.

Quelques jours après, on circonscrit nettement une tumeur appréciable et placée contre la matrice, mais non confondue ou liée avec le tissu propre de cet organe, dont elle est séparée plus ou moins nettement par un sillon. La tumeur se distingue de l'utérus par une différence du niveau de la partie saillante avec le tissu utérin avoisinant, par une consistance ou une élasticité tout autre ; en un mot, elle offre une configuration ou une dureté spéciales, dont on reconnaît et apprécie la juste valeur en l'étudiant avec grand soin. Le toucher, combiné avec la palpation abdominale, fait voir que cette tumeur est limitée à un point du pourtour de la matrice, mais, en laissant libre une partie des culs-de-sac vaginaux ; il montre que la tumeur est la cause réelle des déplacements utérins, ou la

cause de déviations utérines dues, en dernière analyse, à la pelvi-péritonite séro-adhésive. Ces points si intéressants de l'histoire de la pelvi-péritonite doivent, nous le répétons, être soumis à une étude attentive pour bien établir le diagnostic.

Mais la tumeur péri-utérine, d'abord accessible et appréciable seulement par le toucher, arrive plus tard, par propagation do l'inflammation séro-adhésive, à produire sur les côtés de la région hypogastrique un empâtement des tissus profondément situés, ou à former une tumeur à limites mal définies. La palpation abdominale et le toucher permettent de constater le défaut de fluctuation de ces tumeurs spéciales et de reconnaître leur configuration. Elles semblent, dit M. Bernutz, former une sorte d'aileron latéro-postérieur à l'utérus auquel elles adhèrent.

Fixées dans l'intérieur de la cavité pelvienne, les tumeurs formées par la pelvi-péritonite ne dépassent pas ordinairement de beaucoup la limite supérieure du bassin, bien différentes des véritables phlegmons des ligaments larges qui envahissent trop souvent le tissu cellulaire de la fosse iliaque et qui viennent émerger bien au-dessus de l'excavation pelvienne, en intéressant une épaisseur plus ou moins considérable de la paroi abdominale. La situation intra-pelvienne des tumeurs résultant de la pelvi-péritonite séro-adhésive et la mobilité des parois abdominales libres au-dessus d'elles sont caractéristiques.

Le molimen hémorrhagique menstruel est une des causes les plus fréquentes du redoublement ou des recrudescences de l'inflammation péritonéale adhésive déjà existante. L'inflammation chronique prend, sous l'influence de l'époque menstruelle, une marche aiguë; les douleurs hypogastriques, déjà calmées ou amoindries, se réveillent et acquièrent la même acuité que précédemment ; ou bien, en même temps que les sensations douloureuses anciennes et sourdes sont plus fortes et ravivées, il s'ajoute aux douleurs chroniques une douleur nouvelle plus exquise. Dans ces recrudescences, les phénomènes généraux sont presque toujours moins violents qu'au début même de la pelvi-péritonite.

On constate alors que la tumeur augmente, qu'elle paraît plus résistante à travers les parois abdominales, et on trouve, par le toucher, que la tuméfaction péri-utérine est plus dure, plus tendue, et que le déplacement utérin est plus marqué.

Ajoutons à cette analyse des symptômes et des signes de la pelvi-péritonite, symptômes dont tout praticien vérifiera l'existence au lit des femmes malades, qu'ils sont en parfaite harmonie avec les résultats

de l'examen anatomo-pathologique. Les lésions observées dans des circonstances favorables, et quand la mort était survenue par suite d'un accident intercurrent, les lésions, disons-nous, ont démontré, jusqu'à l'évidence, que l'inflammation séro-adhésive seule du péritoine viscéral, et non point le prétendu phlegmon péri-utérin, avait causé tous les phénomènes observés pendant la vie. Ces données pathologiques et anatomiques nous sont donc extrêmement précieuses, car le traitement en découle tout naturellement.

Que faudra-t-il faire, dans le début de la pelvi-péritonite, avec fièvre et réaction marquées ? Les émissions sanguines locales, répétées plusieurs fois; l'application de sangsues sur le col utérin, si cela est possible; les cataplasmes émollients sur l'abdomen; l'opium à doses minimes et répétées jusqu'à produire un léger narcotisme, devront être employés en pareille circonstance.

Dans d'autres cas, l'inflammation péritonéale séro-adhésive gagnant de proche en proche, a déterminé la formation d'une tumeur péri-utérine, s'accompagnant de déplacement utérin, et elle a produit une tuméfaction, qui est perçue à travers les parois abdominales, au-dessus de la limite supérieure du bassin. C'est dans ces conditions que l'époque menstruelle cause des douleurs très-vives et faisant redouter, au premier abord, un phlegmon iliaque; mais le diagnostic, posé à l'aide des renseignements qui précèdent, ne permettra pas d'erreur; et c'est alors que les émissions sanguines modérées et les vésicatoires volants soulageront merveilleusement les malades.

Pendant un service d'intérim fait à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Barth, nous avons eu occasion de traiter, dans le service de cet éminent collègue, un assez grand nombre de tumeurs péri-utérines dues à la pelvi-péritonite de diverses formes. Le diagnostic, embarrassant pour plusieurs médecins qui suivaient la visite, ne l'était pas pour nous, qui constations, par le toucher et la palpation abdominale, les signes sur lesquels nous avons déjà insisté. La médication a consisté en application de sangsues et de vésicatoires volants, le repos absolu au lit et une faible dose d'opium. Les résultats de ce traitement ont toujours été favorables; mais les malades restaient longtemps sujettes à des rechutes; plusieurs sont sorties avec une amélioration très-marquée.

Nous transcrivons ici deux observations prises parmi celles qui ont été recueillies par M. Leclère, interne du service. J'y en ajoute une autre qui m'est personnelle.

Obs. I. *Pelvi-péritonite. — Tumeur péri-utérine; recrudescence*

des douleurs aux périodes menstruelles. — Emploi des sangsues et des vésicatoires volants. — Guérison. — La nommée Laneur (Lucie), âgée de vingt ans, lingère, entre le 28 août 1862 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Barth, suppléé par M. Laboulbène, salle Saint-Landry, nº 10. Cette malade est de petite taille, et habituellement bien portante. Elle n'a pas été maladive dans son jeune âge, les règles ont paru pour la première fois à douze ans, et elle a toujours été à peu près bien réglée depuis; ses règles durent trois jours environ.

Cette malade a eu un premier enfant il y a deux ans, venu à sept mois de grossesse; cette couche ne fut pas suivie d'accidents. Il y a trois mois elle a eu un nouvel enfant, avant terme, à six mois et demi, et mort-né; elle accoucha sans accidents, et sortit de l'hôpital au bout de sept jours.

Deux jours après sa sortie, elle fut prise d'une perte très-abondante, elle éprouva de vives douleurs abdominales, accompagnées de vomissements, mais elle ne se soigna point chez elle. Il survint des pertes blanches qui l'affaiblirent, et souffrant toujours, elle est entrée à l'Hôtel-Dieu.

Aspect extérieur. Teint pâle, anémique; anorexie; elle vomit de temps en temps et a une constipation opiniâtre. Pertes blanches, tachant le linge en jaune grisâtre. Pas de toux, poitrine n'offrant aucun signe sthétoscopique anormal. Pouls à 72, régulier. Bruit de souffle très-léger au premier bruit du cœur, à la base et dans les vaisseaux du cou.

Exploration abdominale. La malade se plaint de douleurs spontanées dans le côté droit du ventre; elle dit que ces douleurs s'aggravent si elle presse avec la main sur les points douloureux. La région indiquée par la malade est légèrement tuméfiée, les parois abdominales n'ont pas changé de coloration; on sent sous la main une tumeur mal circonscrite, très-douloureuse, située sous les téguments, s'avançant vers la ligne médiane, et s'étendant dans la fosse iliaque; rien dans l'aîne. Le toucher est douloureux; M. Laboulbène trouve le col mou, entr'ouvert, déchiqueté, dévié à gauche de la ligne médiane. L'utérus lui-même est volumineux et dévié; le toucher rectal fait percevoir une tuméfaction marquée du corps de l'organe. Le cul-de-sac vaginal droit n'est pas complétement effacé, il sépare le col, et une tumeur, dure, arrondie, non fluctuante, juxta-posée à l'utérus au-dessus du col. En combinant le palper abdominal et le toucher, M. le chef de service s'assure que la tumeur abdominale et péri-utérine ne font qu'un, et il diagnostique une tumeur résultant de l'agglutination du péritoine par inflammation séro-adhésive, ou, en d'autres termes, *une pelvi-péritonite séro-adhésive.*

Prescription. 12 sangsues à laisser modérément saigner. Lavement purgatif avec miel de mercuriale, 60 grammes. Limonade citrique, bouillons.

30 août. Les sangsues ont saigné assez abondamment. Soulagement marqué. Pouls à 68, régulier. Langue plus nette. Cataplas-

mes, demi-lavement émollient avec laudanum de Sydenham, 8 gouttes. Bouillons, potages.

2 septembre. Même état. L'appétit n'est pas revenu. Le toucher abdominal ne fait pas apprécier de changement dans la forme de la tumeur péri-utérine, toutefois celle-ci est moins douloureuse. Large vésicatoire sur l'abdomen, *loco dolenti*.

Le 6. La malade, se sentant beaucoup mieux, et ayant commencé à manger, s'est levée, malgré la défense expresse qui lui avait été faite; elle a été se promener dans la salle. Les douleurs ont reparu, mais elles sont supportables.

Le 10. La malade s'est plainte de souffrir davantage. Quelques nausées sans vomissements. Le palper de l'abdomen fait percevoir une augmentation de volume de la tumeur abdominale, qui s'avance vers la ligne médiane et se rapproche du pubis. Les parois du ventre sont mobiles au-dessus d'elle; un intervalle la sépare du bord supérieur du bassin. Constipation. Nouveau vésicatoire; deux demi-lavements émollients.

Le 12. Etat stationnaire; les règles ont reparu hier au soir. Douleurs en urinant. La malade se plaint de vives coliques et a perdu l'appétit. Pouls à 70.

Le 15. Les règles ont cessé de couler depuis hier, la malade se sent un peu mieux et demande des aliments. Nouveau vésicatoire.

Le 20. Amélioration sensible. Etat général plus satisfaisant.

Le 28. Les douleurs sont à peu près calmées. La tumeur abdominale est bien moindre, la tumeur péri-utérine a diminué elle-même considérablement.

1er octobre. Etat très-satisfaisant. La tumeur abdominale n'est presque plus accessible à la palpation. M. le chef de service ne provoque de la douleur qu'en appuyant fortement et très-profondément. La malade ne souffre plus dans la cuisse et la jambe. Appétit; digestions moins laborieuses. Vin de quinquina.

Le 8. La malade se lève et se promène sans souffrances.

Le 15. Du 8 au 15 le mieux s'est maintenu; mais aujourd'hui des élancements se sont fait sentir dans le bas-ventre, plus forts que des coliques de règles.

Le 16. Les douleurs sont très-fortes dans le côté droit du ventre. On sent profondément de l'empâtement et deux ou trois bosselures peu considérables, constatatées aussi par M. Barth. La constipation s'est établie de nouveau. Quelques vomituritions. Bain, repos absolu au lit.

Le 17. Même état; les règles ont à peine taché le linge de la malade.

Le 18. Douleurs aussi vives. Large vésicatoire sur le côté droit du ventre.

Le 20. Mieux sensible. La tumeur péri-utérine a diminué.

Le 25. On ne sent presque plus de tuméfaction abdominale, et la résolution de l'empâtement péri-utérin va croissant.

Le 26. La malade a recommencé à se lever.

1er novembre. On ne sent absolument rien d'anormal dans le côté droit de l'abdomen, quelque profondément que la pression soit

exercée. L'utérus est à peine dévié. La tuméfaction péri-utérine droite est très-peu marquée.

Le 8. La malade demande son *exeat* et sort dans un très-bon état de santé.

Obs. II. *Pelvi-péritonite. — Tumeur juxta-utérine, située très-haut et à droite.—Recrudescence des douleurs au moment des règles. — Emploi du vésicatoire volant. — Grande amélioration.* — La nommée C*** (Adèle), vingt-deux ans, lingère, entre le 12 septembre 1862, salle Saint-Landry, n° 14 (service de M. Barth, suppléé par M. Laboulbène). C'est une fille bien constituée, robuste et même un peu bouffie, mais pâle et anémique. Elle n'a jamais eu de maladies graves; elle a été réglée pour la première fois à onze ans, et ses règles ont été très-périodiques pendant une année; mais alors elles se sont dérangées, elle est devenue sujette aux pertes blanches, et, depuis cette époque, elle n'a jamais été bien réglée. Elle nous a avoué qu'elle a eu une vie assez aventureuse, et qu'elle a commis à diverses reprises des excès de veilles et de coït; elle s'est nourrie avec de la charcuterie, et son appétit était très-capricieux. Pas d'enfants.

Au milieu de renseignements peu précis sur le début de la maladie qui l'amène à l'Hôtel-Dieu, nous parvenons à savoir, d'une manière positive, qu'avant de tomber malade, Adèle C*** a eu une perte qui a duré quinze jours presque sans interruption ; les seins étaient gonflés. La malade avait éprouvé un retard de plusieurs semaines; mais comme elle y était sujette, elle ne s'en était point préoccupée.

Il y a dix jours, étant déjà arrêtée dans ses occupations par la perte dont il a été parlé, elle ressentit une douleur très-vive dans le bas-ventre et le côté droit de l'hypogastre, et elle commença à vomir des matières jaunâtres et verdâtres. Le lendemain, la douleur s'étant un peu calmée, Adèle continua à sortir et à marcher, malgré les souffrances qu'elle éprouvait dans le ventre, et même dans la cuisse et la jambe droites; elle vomit presque tous les jours. Elle a pris pour tout traitement, chez elle, de la limonade comme tisane, et elle a appliqué des catasplasmes pendant la nuit.

12 septembre. *Visite du soir.* — La malade a monté à pied l'escalier de l'Hôtel-Dieu. Pas de fièvre, 64 pulsations; langue blanche, anxiété épigastrique, vomissement de matières glaireuses; douleur à la pression dans le côté droit de l'abdomen, tumeur volumineuse occupant la fosse iliaque, téguments glissant au-dessus d'elle; urines ne précipitant pas, soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique.

Le 13. M. le chef de service constate l'existence des symptômes notés hier : le toucher lui apprend qu'il existe une tumeur juxta-utérine, située à droite; le cul-de-sac vaginal droit est libre, ainsi que le col utérin, qui est virginal et pointu. La tumeur est située profondément et en haut, adhérente au corps de la matrice ; celle-ci n'est pas très-mobile. En pressant sur la tumeur par l'abdomen, et en recevant le choc avec le doigt introduit dans le vagin, et *vice versâ*, M. Laboulbène s'assure que la tumeur juxta-posée à l'utérus

est bien la même qui s'élève dans le bassin et qui est sentie dans la fosse iliaque droite. L'utérus est déplacé vers la gauche en totalité ; le corps paraît proportionnellement plus dévié que le col. Diagnostic *pelvi-péritonite séro-adhésive*.

La malade a une constipation opiniâtre. Anorexie complète. Rien d'anormal dans la poitrine à l'auscultation ou à la percussion. Bruit de souffle doux au premier temps et à la base du cœur, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Pas de phénomènes nerveux exagérés, d'hystérie, d'hyperesthésie, d'analgésie, etc.

En raison de l'état anémique, M. Laboulbène n'applique pas de sangsues, et prescrit un large vésicatoire saupoudré de camphre, *loco dolenti*. Groseille, 2 pots ; vin de quinquina, 60 grammes ; bouillons.

Le 14. Peu d'amélioration ; la nuit a été sans sommeil. Miction pénible.

Le 15. La malade se sent mieux. Autant qu'on en peut juger à travers le pansement du vésicatoire, la tumeur a diminué ; elle est moins accessible par le toucher. *Ut supra*, une portion.

Le 20. Mieux très-manifeste. La tumeur est en résolution très-marquée ; elle est surtout beaucoup moins sensible.

Le 21. La malade, se trouvant très-soulagée, se lève sans permission et descend au jardin. Le 22, elle est reprise de douleurs dans l'abdomen et de vomissements. La tumeur est plus tendue, quoique toujours diminuée. Nouveau vésicatoire ; bouillon.

Le 23. Elle se sent mieux, les vomissements ont cessé, les douleurs ont disparu en grande partie.

Du 23 au 28. Adèle C*** va bien ; mais dans la nuit du 28 au 29, elle éprouve des douleurs qui troublent le sommeil, et elle a des nausées suivies de vomissements bilieux. Le lendemain, M. Laboulbène trouve de la douleur dans la tumeur si réduite de la fosse iliaque droite, et par le toucher de la rénitence et une déviation latérale de l'utérus comme aux premiers jours. Cataplasmes sur l'abdomen, demi-lavements laudanisés, limonade. Diète.

1er octobre. Les règles ont paru, mais peu abondantes. Frissons dans la journée, malaise, céphalalgie, vomissements. Le sang des règles est noirâtre et se montre en petite quantité.

Le 2. Les règles ont continué, les douleurs sont moindres.

Le 3. Cessation des règles.

Le 4. Application d'un nouveau vésicatoire volant.

Du 4 au 11 octobre. La malade, qui allait bien, a été prise, le 7, de céphalalgie, de douleur cervicale, de difficulté à mouvoir le cou, et de douleur sous le côté droit de la mâchoire. On a craint un érysipèle, qui ne s'est pas déclaré. Il a paru sur la joue une éruption herpétique, qui s'est desséchée entièrement du 12 au 14 octobre.

Le 15. Adèle C*** demande son *exeat*, se trouvant très-bien. La tumeur a diminué presque entièrement. On sent toujours néanmoins un empâtement douloureux à la pression à droite de l'utérus, et profondément à travers la fosse iliaque droite.

Obs. III. *Pelvi-péritonite. — Tumeur péri-utérine. — Recrudescences violentes et revenant à l'époque des règles. — Sangsues sur l'abdomen et sur le col. — Vésicatoires volants. — Amélioration*

très-marquée. — Mme X*** est âgée de vingt-huit ans, d'une constitution assez forte, grande, brune, et habite Paris depuis l'âge de vingt ans. Les parents sont morts dans un âge très-avancé ; elle a un frère aîné qui est d'une très-bonne santé habituelle. Pas d'antécédents diathésiques appréciables dans sa famille.

Pendant son enfance, cette malade n'a eu que des fièvres éruptives qui paraissent avoir été la rougeole et la scarlatine, et une fièvre typhoïde légère à l'âge de douze ans. Une année plus tard, elle fut menstruée pour la première fois, après avoir ressenti des douleurs assez vives dans les reins et le bas-ventre ; les règles restèrent plusieurs mois sans reparaître, mais depuis l'âge de quatorze ans, Mme X*** fut réglée d'une manière très-périodique. Les menstrues assez abondantes duraient environ quatre à cinq jours ; avant et après il existait un peu de flueurs blanches ; toutefois, jamais la malade n'a été tourmentée par des pertes abondantes de cette nature.

Mariée à vingt ans, Mme X*** vint habiter Paris ; devenue enceinte peu après, elle y accoucha heureusement d'une petite fille, qui est aujourd'hui en bonne santé. Elle eut un second enfant quatre ans plus tard. Depuis cette époque, et sans que la dernière couche eût rien offert d'anormal, la santé ne fut plus aussi bonne, les règles qui avaient eu de la peine à se rétablir périodiquement, se supprimèrent à plusieurs reprises. Mme X*** pense même avoir eu, il y a un an ou quatorze mois au plus, une fausse couche de deux mois, c'est-à-dire qu'après une suppression de deux mois, elle a eu tout à coup, après une chute légère dans son appartement, une perte abondante pendant laquelle elle a rendu de gros caillots sanguins.

Il y a six mois environ, la malade a été prise, à la suite d'une longue course, qu'elle avait faite pendant la journée, d'une douleur lancinante dans la fosse iliaque du côté gauche de l'abdomen. Cette douleur était néanmoins supportable ; dans la nuit, elle éprouva des élancements qui la privèrent de sommeil. Le lendemain, elle se leva, malgré une sensation de tension et de pesanteur dans le flanc gauche et dans la cuisse gauche, et elle resta ainsi pendant plusieurs jours. Mais tout à coup, elle fut prise de coliques violentes, de douleurs s'irradiant dans tout le ventre, d'efforts très-pénibles de vomissements, d'envies d'uriner presque continuelles. Un médecin appelé fit appliquer sur l'abdomen des compresses trempées dans l'eau de sureau, et prescrivit une potion anti-émétique. Plus tard, on recouvrit l'abdomen d'un cataplasme, après avoir fait des onctions avec l'onguent napolitain. Il y eut consécutivement un léger ptyalisme hydrargyrique.

Deux mois après ces accidents, la malade, sans être entièrement rétablie et éprouvant encore des douleurs sourdes dans l'aine et le flanc gauches, vaquait pourtant à ses occupations habituelles, lorsqu'elle fut reprise, au moment où elle attendait ses règles, de très-vives douleurs dans le côté gauche et inférieur de l'abdomen, et d'une insupportable douleur de tranchée utérine. Je fus appelé à ce moment (9 juin 1862), les règles n'avaient pas paru. La malade, non amaigrie, offre les apparences d'une santé assez bien conservée,

mais les traits sont étirés, pâlis, le facies est celui d'une affection abdominale. L'abdomen n'est pas ballonné, mais un peu tendu, il y a des nausées, mais à peine quelques vomissements de matières filantes, non verdâtres. Bouche sèche, anorexie, douleurs spontanées dans l'abdomen, se réveillant plus fortes par la palpation, même modérée ; celle-ci ne peut être pratiquée complétement ; toutefois, elle fait reconnaître qu'il existe un empâtement, une tuméfaction notable dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Fallope.

Le toucher, très-douloureux pour la malade, me permet de constater dans le vagin, en arrière et à gauche du col de l'utérus, une tumeur qui a refoulé le col vers la droite, une rainure sépare le col de la tumeur ; j'introduis aisément l'extrémité du doigt dans ce sillon de séparation ; la tumeur n'est pas bosselée, la surface en est arrondie et lisse. Il n'y a pas de sensation de fluctuation, mais plutôt de la dureté et de l'élasticité ou de la rénitence.

Je prescris 15 sangsues à appliquer *loco dolenti*, sur la fosse iliaque; cataplasmes peu épais et renouvelés fréquemment; opium, 0,01 toutes les heures; demi-lavement émollient avec laudanum de Sydenham, 15 gouttes; limonade en petite quantité, eau de Seltz.

Le lendemain, 10 juin 1862, Mme X*** était bien soulagée, les douleurs étaient plus sourdes, moins aiguës, mais existaient encore spontanément. Le pouls est à 68 pulsations, régulier, assez plein; langue sale, blanchâtre, anorexie; respiration bien libre; tisane *ut suprà;* huile de ricin, 30 grammes.

Le 11 juin. Le mieux a continué; application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de l'abdomen.

Du 12 au 30 juin, Mme X*** a été de mieux en mieux. Les aliments pris en petite quantité ont été bien supportés; les douleurs se sont calmées ; la tuméfaction abdominale s'est en majeure partie effacée ; le toucher fait constater que l'utérus est moins dévié sur la droite, la tumeur péri-utérine est moins tendue. Les garde-robes étant encore très-rares, je prescris un demi-lavement tous les trois jours et une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone à prendre tous les jours.

Mme X*** se regardait comme guérie, lorsque le 9 juillet, au moment de l'apparition de ses règles, elle est prise de vives douleurs abdominales spontanées, bien distinctes des anciennes douleurs qu'elle avait ressenties de temps à autre. Il survient en même temps de la fièvre, des nausées bientôt suivies de vomissements de matières jaunâtres et verdâtres. Le pouls bat 100 pulsations par minute, petites, serrées; le visage est pâle, grippé; miction très-douloureuse. La tumeur abdominale paraît accrue depuis le dernier examen ; le toucher vaginal me permet aussi de constater que la sensation de dureté de la tumeur péri-utérine est plus grande et que l'utérus est bien plus dévié que précédemment, je trouve néanmoins le cul-de-sac séparant le col de l'utérus et la tumeur; utérus très-peu mobile. Je prescris 20 sangsues sur la fosse iliaque ; glace par fragments à laisser fondre dans la bouche ; extrait thébaïque par pilules de 0,02

centigrammes, de deux en deux heures ; deux quarts de lavement avec chacun 8 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 10 juillet. La nuit a été calme, la malade s'est trouvée narcotisée, les douleurs sont encore aiguës, surtout dans l'endroit où la tumeur plonge dans le bassin ; ténesme vésical moins marqué et moins pénible.

Le 11. Douleurs encore très-fortes ; la tuméfaction est très-marquée à gauche, dans la région iliaque, le toucher ne fait pas reconnaître de diminution dans la tumeur péri-utérine; large vésicatoire camphré.

Le 12, les douleurs ont encore été très-vives; la malade a éprouvé un ténesme vésical considérable (cystite cantharidienne ; l'urine que j'ai emportée et examinée m'a offert un léger coagulum par la chaleur et l'acide azotique). Traitement *ut suprà.*

Le 13. Mme X*** a passé une meilleure nuit. Les nausées ont presque entièrement cessé ; les garde-robes n'ont pu être rendues qu'avec le demi-lavement émollient ; 72 pulsations moins serrées et plus amples; respiration libre; l'auscultation du cœur et des sommets du poumon en avant, sous les clavicules, ne fournit aucun bruit anormal.

Du 14 au 18. L'état est resté à peu près stationnaire ; les douleurs ont cependant été moins fréquentes, mais elles restent encore vives. Le toucher fait constater que la tumeur latéro-utérine gauche est toujours tendue. Je propose l'application de 6 sangsues sur le col de l'utérus, et Mme X*** s'y résigne quoique à grand'peine. Les sangsues sont appliquées à onze heures et demie du matin et fournissent une évacuation sanguine modérée.

Le 19. La nuit a été assez calme, et ce matin la malade est très-soulagée. Elle réclame même pour la première fois des aliments.

Le 20. Le mieux est très-sensible. Les douleurs sont bien moins aiguës et moins fréquentes.

Le 21. Un nouveau vésicatoire est posé sur le côté gauche du ventre.

L'application de ce vésicatoire a été suivie d'une amélioration de plus en plus marquée. Mme X*** se regarde donc comme guérie. Plus raisonnable toutefois que le mois dernier, elle promet de prendre des précautions minutieuses à l'époque prochaine de ses règles et de garder le repos le plus complet.

Au commencement du mois d'août 1862, Mme X*** se trouve très-bien ; vers le 6, elle sent quelques douleurs sourdes, qu'elle appelle « ses anciennes douleurs, » et dont elle n'a jamais été bien débarrassée. Le 7 et le 8, elle ne souffre pas davantage ; mais le 9 les douleurs prennent le caractère aigu, et la malade se désespère, disant qu'elle ne guérira jamais, et qu'à chaque époque de ses règles elle souffrira de plus en plus, etc. Malgré ses plaintes, il est possible d'affirmer cependant à sa famille que les accidents n'ont pas la gravité de ceux du mois dernier. Le visage est calme dans l'intervalle des douleurs ; il n'y a pas de vomissements, seulement quelques nausées. La malade redoute extrêmement le moindre examen, craignant qu'il n'exaspère les douleurs. Il n'est pas possible

de savoir si la tuméfaction abdominale s'est accrue, tant Mme X*** se roidit et se prête mal à l'exploration. Le 10 les règles ont paru en petite quantité; il y a eu hier quelques taches blanchâtres leucorrhéiques.

Les règles continuent de couler le 11 et le 12. Les douleurs sont modérées. Les jours suivants la malade ne se sent pas aussi bien. Elle se décide à laisser constater l'état de la tumeur péri-utérine. Je la trouve réduite de volume, l'utérus est à peine dévié; la palpation abdominale me permet d'atteindre, mais profondément, la partie supérieure de la tumeur qui était bien plus élevée le mois dernier.

Le 16 août. Mme X*** demande elle-même un vésicatoire pour « en finir avec les douleurs, qui n'ont pas cessé comme autrefois après les sangsues et le vésicatoire. »

Application d'un vésicatoire camphré. Cette application est suivie pour la malade d'un soulagement marqué dès le lendemain. A partir de ce jour l'état s'est amélioré. Mme X*** a fait usage fréquemment de pilules belladonées, et des demi-lavements pour entretenir la liberté du ventre.

Cette dame a quitté Paris vers la fin du mois pour se rendre en province, où elle doit habiter la campagne. J'ai eu de ses nouvelles au mois de décembre dernier. Sa santé était bonne, mais l'apparition des règles était toujours pour elle une époque redoutable, et elle avait été obligée d'appliquer un vésicatoire après une époque menstruelle. Elle avait été comme toujours très-soulagée.

Nous ne ferons pas suivre ces observations de commentaires ; ils seraient superflus, après les considérations dans lesquelles nous avons établi le diagnostic, basé sur les principaux symptômes et les signes de la pelvi-péritonite. Ces trois observations confirment ce qui a été avancé au commencement de ce travail. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer l'analogie de la pelvi-péritonite adhésive et de certaines inflammations pleurales, l'inflammation localisée et symptomatique du péritoine rappelant les inflammations locales et symptomatiques de la plèvre. Dans l'une comme dans l'autre de ces inflammations séro-adhésives, les émissions sanguines modérées, et surtout les vésicatoires volants, sont d'excellents moyens à employer pour procurer du soulagement aux malades, et pour aider le plus possible à la guérison.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule du sirop de dentition de M. Delabarre.

Toutes les fois qu'un agent thérapeutique a pour but de combattre un symptôme pénible, on ne saurait jamais trop tôt en

commencer l'usage ; c'est une des conditions les plus favorables à son succès. Les moyens qu'on prescrit contre les accidents de la dentition se trouvent de ce nombre ; aussi, il y a quelques mois, n'avons-nous pas hésité à signaler à nos lecteurs un mélange médicamenteux, à l'aide duquel nous réussissons à calmer les sensations douloureuses des gencives que les enfants éprouvent souvent lorsqu'ils percent leurs premières dents. Parmi les substances que nous avons associées figurait le safran. En faisant l'historique de l'emploi thérapeutique de cette plante, nous avons été conduit à exprimer le regret que M. Delabarre n'eût pas publié la formule de son sirop, qu'on disait avoir pour base une préparation de safran. Ce dentiste nous écrit pour nous informer que notre vœu est depuis longtemps réalisé, et que la formule de son sirop est publiée dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez. Nous trouvons en effet, dans une note de la page 217 du tome I[er] de cet ouvrage, la formule du *sirop de dentition*, que nous nous empressons de reproduire.

Pr. Suc de tamarins frais................	5 grammes.
Infusion de safran....................	2 grammes.
Miel fin épuré......................	10 grammes.
Teinture de vanille..................	0,25 centigrammes.

L'infusion de safran se fait avec 1,50 de safran pour 50 grammes d'eau bouillante.

Si l'auteur avait inséré cette formule dans sa brochure sur les accidents de la dentition, il nous eût évité cette erreur. Ne trouvant pas ce document dans son propre ouvrage, nous ne devions pas supposer qu'il se rencontrât dans celui d'un autre. Quoi qu'il en soit, nous n'en éprouvons nul regret, puisqu'il nous fournit l'occasion de reproduire cette formule.

M. Delabarre nous paraît réclamer encore la dénomination de *prurit de dentition* qu'il a, dit-il, le premier employée. Si l'auteur borne sa réclamation au mot, nous le lui concédons facilement ; mais s'il exige davantage, nous nous permettrons de lui faire remarquer que la plupart des auteurs spéciaux, MM. Rilliet et Barthez entre autres, notent que la sensation qu'éprouvent les enfants tient également de la démangeaison et de la douleur. Du reste la première nourrice venue en sait autant que nous à cet égard, et essaye de calmer les douleurs en promenant les doigts sur les gencives tuméfiées de son enfant. D.

Pommade contre les engelures et les crevasses.

La note de M. Delioux, que nous publions plus loin, nous engage à reproduire la formule que M. Testelin vient de recommander à ses collègues de la Société de médecine du département du Nord. M. Testelin a souvent employé avec succès contre les engelures non ulcérées un liniment composé de :

Teinture d'iode..............................	1 partie.
Solution de chlorure d'oxyde de sodium (liqueur de Labarraque)...........................	5 parties.

Faire des onctions légères sur la partie rouge, puis sécher au feu ; au bout de trois ou quatre jours, les engelures ont ordinairement disparu.

Pour les crevasses, il a souvent employé du miel chauffé au four ; au bout de peu de temps une écume se produit, que l'on enlève jusqu'à ce qu'il ne s'en produise plus de nouvelle : la quantité d'écume, variable suivant la qualité du miel employé, est environ le dixième de la masse totale. Lorsqu'il ne se produit plus d'écume à la chaleur du four, le miel a perdu sa consistance gluante, il est devenu huileux ; on l'applique sur les mains chaque fois qu'elles ont été lavées, et on l'étend en se frottant les mains assez fort pour les échauffer légèrement. M. Testelin a pu ainsi, bien des fois, guérir et prévenir le retour des crevasses chez des servantes qui, ayant souvent les mains à l'eau, avaient ordinairement cette maladie tout l'hiver. Il l'a employé avec grand succès, à Bruxelles, chez une dame, blanchisseuse de dentelles, qui a pu se guérir ainsi en continuant sa profession, qui l'obligeait à avoir très-souvent les mains dans l'eau froide.

Nouvel emploi de l'huile volatile retirée du baume de copahu.

En France, le commerce de la droguerie s'est posé pour principe de ne jamais refuser la vente d'un produit. S'il est rare, s'il est cher, s'il manque tout à fait sur la place, eh bien, on le fabrique. Qu'importe, en effet, à certains industriels que le médicament qu'ils livrent à la consommation possède ou ne possède pas d'action, ou que cette action soit contraire à celle qu'il doit produire. Ils disent : La thérapeutique est encore une science inconnue, parce que les effets des médicaments ne sont pas toujours bien déterminés. Grâce à cette élasticité de conscience, ils ne craignent pas de créer un produit de toutes pièces. Le talent est d'arriver à lui donner l'aspect

convenable ; d'autres fois, s'il n'y a pas de substitution de matière, on le pare au préjudice de ses propriétés.

Nous avons eu l'occasion de dire que l'exigence des pharmaciens avait forcé les droguistes à dessécher à l'étuve le baume de tolu, pour l'avoir friable, concret. Il en est de même aujourd'hui pour le baume de copahu, qu'on désire solidifiable. Il y a trente ans, on employait ce baume en potions, bols, opiats et pilules ; il était uni à des liquides ou à des poudres appropriées. Actuellement, on l'administre sous forme de dragées ; pour cela, on le solidifie avec un seizième de son poids de magnésie calcinée ; dans la circonstance, l'alcali magnésien se combine avec la résine de copahu pour former un copahivate. Or, comme le baume de copahu, que le commerce reçoit du Brésil, est plutôt liquide que consistant, on a recours à la chaleur pour lui ôter de la fluidité ; on le prive d'une partie de son huile essentielle par la distillation au bain-marie.

L'acte de priver le baume de copahu d'une partie de son huile volatile constitue-t-il une altération ? Nous le croyons, car les thérapeutistes ont reconnu que la résine de copahu, pas plus que son essence, ne doivent être séparés l'un de l'autre pour agir avec efficacité dans les affections des voies génito-urinaires.

Les droguistes ont admis cette pensée d'un philosophe, que toutes les choses ont une utilité ; il reste à trouver leur emploi. Que fallait-il faire de l'essence de copahu, puisqu'elle ne peut être administrée comme médicament ? La question a été bien vite résolue. Quelques villes du midi de la France ont l'heureux privilége de récolter des fleurs odorantes en assez grande quantité pour en retirer de l'huile essentielle, qu'on expédie vers les quatre points cardinaux. Les parfumeurs sont les proches parents des droguistes dans la hiérarchie commerciale ; ils connaissent l'art des mélanges ; ils excellent à marier les parfums. Or, ils se sont ingéniés d'ajouter de l'essence de baume de copahu, qui coûte 18 francs le kilogramme, à l'essence de rose, qui se vend de 1,200 à 1,300 francs le kilogramme. Ils savent qu'on ne pourra découvrir facilement la présence de l'essence de copahu dans les essences de menthe, de petit-grain, de néroli, de thym, de sauge, de romarin et d'une foule d'autres produits.

Les dames, qui sont si avides de parfums, ne se doutent guère que, dans les plus intimes détails de leur toilette, elles emploient une essence retirée de ce médicament, qui se recommande à l'attention du public par les gros caractères des annonces placées sur tous les murs de la capitale.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'efficacité du chlore contre les engelures.

Il n'est pas de petits maux. Sous quelque forme que le mal physique se produise, quelque légères que soient ses manifestations, lors même que ses conséquences probables offrent peu ou point de gravité, il autorise l'intervention de notre art ; et pour peu surtout que des sensations pénibles l'accompagnent, que la douleur s'en mêle, le médecin ne pourrait passer indifférent, et le remède a son opportunité. Il ne paraîtra donc ni puéril, ni hors de propos, de s'occuper d'une lésion reléguée pour son peu d'importance au dernier plan, et que chaque retour de l'hiver inflige à de nombreux individus. Je veux parler de l'engelure. Or, j'emploie contre elle, depuis bien des années, un mode de traitement que j'ai vu si constamment réussir, que je n'hésiterai plus à le recommander de préférence à tout autre. Ce traitement a pour base le chlore, pour moyens les préparations chlorées. Je présume qu'il est connu de plusieurs praticiens, car il a été signalé par divers pharmacologistes, entre autres, par MM. Mérat et de Lens, Trousseau et Pidoux, Bouchardat ; mais enfin il n'est pas vulgarisé, et comme il mérite de l'être, je crois utile d'en recommander de nouveau et spécialement l'emploi.

L'engelure n'est pas un simple engorgement de la peau ; c'est une véritable phlegmasie sous-cutanée, constituée par des stases sanguines, comme les inflammations les plus légitimes, et comme celles-ci altérant le mouvement nutritif jusqu'à pouvoir produire le pus, l'ulcération, et parfois même la gangrène. L'engelure a une marche essentiellement chronique, et sa tendance la plus ordinaire est l'ulcération, poussée dans quelques cas jusqu'au phagédénisme. Les ulcérations qui en résultent sont elles-mêmes très-longues à guérir, et lorsqu'elles vont, après avoir creusé, rongé les tissus mous, jusqu'à mettre à découvert les tendons et les os, elles acquièrent une certaine gravité, et laissent souvent, après leur guérison, des cicatrices persistantes, dans lesquelles les mouvements des parties affectées restent plus ou moins compromis. Des ulcérations plus graves encore résultent de la mortification, de la gangrène de la peau, et l'on doit redouter cet accident, lorsque la teinte rouge violacée qui caractérise l'engelure prend une nuance de plus en plus foncée. La gangrène, toutefois, peut ne se développer qu'après que l'ulcération est formée et dans cette ulcération même.

Sans doute c'est mettre les choses au pis que d'envisager ces dernières conséquences de l'engelure ; mais celle-ci, sans aller si loin, et ne dût-elle pas entamer la peau, n'en détermine pas moins une souffrance réelle, qui ici se traduit particulièrement par un prurit, par une démangeaison intolérable. C'est même là un caractère spécifique dans la symptomatologie de l'engelure ; ce prurit est incomparable à tout autre, il n'y en a peut-être pas de plus intense, et il devient, à certains moments, une torture.

Si l'on ajoute que lorsque l'engelure affecte les doigts, et quelquefois même le nez et le lobule de l'oreille, elle constitue une difformité qui, toute petite qu'elle est, est fort déplaisante, pour les femmes par exemple, on comprendra que l'on cherche autant à dissiper ses manifestations extérieures qu'à apaiser les sensations douloureuses qu'elle provoque.

D'un autre côté, si ce sont principalement les enfants, les jeunes gens, les femmes, tous ces sujets à peau fine, délicate, impressionnable au froid, qui sont atteints d'engelures, les mains des gens de peine, des ouvriers, n'en sont pas exemptes, et pour ceux-là il y a d'autant plus d'intérêt à prévenir le mal et à le guérir, qu'il peut entraîner pour eux une difficulté ou une impossibilité du travail qui les fait vivre.

Donc, en définitive, l'engelure, pour ses inconvénients actuels, et pour ses conséquences possibles, est une lésion qui mérite tout comme une autre l'intervention du thérapeutiste.

Si l'on consulte un traité de matière médicale, un mémorial thérapeutique, un formulaire, on verra que les médicaments topiques préconisés contre les engelures ulcérées, ou non ulcérées, sont fort nombreux ; dans la médecine populaire, ils sont plus nombreux encore : si bien que l'on ne sait à quel choix s'arrêter entre les formules rationnelles, empiriques et ridicules. De tous ces topiques, dont quelques-uns ont certainement leur valeur, les meilleurs, d'après mon expérience personnelle, sont les médicaments chlorés, et notamment l'hydrochlore, les chlorures d'oxydes ou hypochlorites alcalins et terreux.

L'hydrochlore, ou chlore liquide, eau saturée de chlore, est, dans le cas qui nous occupe, la plus efficace de toutes les préparations chlorées. Mais on ne trouve généralement pas l'hydrochlore dans les pharmacies ; c'est une préparation très-altérable, difficile à conserver, et d'ailleurs d'un emploi peu fréquent. On peut donc, au point de vue pharmacologique, la considérer comme une préparation magistrale, et il faut qu'elle ne soit faite qu'au moment du

besoin, si l'on veut en obtenir toute l'efficacité thérapeutique. Mais en revanche, je le répète, c'est la préparation qui agit le plus promptement et le plus radicalement contre les engelures *avant leur ulcération ;* on aura donc lieu d'y recourir dans les circonstances où l'on voudra procurer une guérison rapide, ou lorsque d'autres préparations chlorées, moins énergiques, auront incomplétement réussi.

Nous avons toujours sous la main trois chlorures d'oxydes ou hypochlorites, très-répandus dans le double domaine de la médecine et des arts :

1° Le chlorure de soude, hypochlorite de soude, liqueur de Labarraque, est, avec le chlorure de chaux, celui que nous avons le plus habituellement à notre disposition. Mais le premier, étant à l'état liquide, et pouvant être ainsi immédiatement employé sans autre manipulation, se présente le plus naturellement à l'idée d'une application topique contre les engelures, d'autant mieux qu'il est aussi le plus usité dans la thérapeutique chirurgicale qui en fait un si fréquent et si louable emploi. C'est donc ce chlorure de soude que je prescris d'ordinaire en lotions ou en applications externes sur les parties affectées d'engelures.

2° Le chlorure de chaux, ou sous-chlorure de chaux, poudre de Tannant ou de Knox, est sec, pulvérulent, et sous cette forme non applicable au traitement de l'engelure, du moins quand elle n'est pas ulcérée. Dans le cas contraire, on pourra trouver de l'avantage à saupoudrer les plaies ou ulcérations avec le chlorure de chaux sec, ou à incorporer celui-ci avec d'autres topiques destinés au pansement des engelures ulcérées. Mais si l'on n'a pas d'autre composé de chlore à sa disposition, ou si l'on a pour son emploi quelque prédilection, il sera facile de se le procurer à l'état liquide. Pour cela, on prendra 100 parties de chlorure de chaux sec, et 4,500 d'eau (*Codex*), on triturera le chlorure dans un mortier de verre ou de porcelaine, en versant l'eau graduellement et par portions ; après parfaite division du chlorure, on filtrera, et l'on obtiendra ainsi une solution d'hypochlorite de chaux analogue, au point de vue chimique comme sous le rapport de l'action thérapeutique, à la liqueur de Labarraque.

3° Enfin le chlorure ou hypochlorite de potasse, connue dans les arts sous le nom d'eau de Javelle, quoique n'étant pas d'ordinaire usité en médecine, peut, *comme topique*, et du moins dans cette occasion, être employé à l'instar des deux hypochlorites précédents.

Plus on emploie l'hydrochlore ou les chlorures d'oxydes à un

moment rapproché du début des engelures, plus leur action est prompte et efficace; néanmoins, lors même que l'engorgement dure depuis longtemps et pour peu qu'il n'y ait pas encore d'ulcération, la guérison ne se fait guère attendre. Le mode d'emploi des préparations chlorées consiste tout simplement en lotions, faites plusieurs fois dans les vingt-quatre heures sur les parties malades, et mieux encore en application sur ces parties de plumasseaux de charpie ou de linges imbibés du liquide médicamenteux, lorsque les malades veulent ou peuvent supporter un pansement continu, et lorsque les parties s'y prêtent facilement. Mieux vaut employer l'hydrochlore ou les hypochlorites à l'état pur; à leur action plus énergique que lorsqu'ils sont étendus correspond une résolution plus nette et plus rapide. En général, quand l'épiderme est intact, la souffrance est nulle. Cependant des peaux fines, délicates, ou déjà un peu entamées, ressentent quelque cuisson au contact du topique pur; alors on l'étendra d'un peu d'eau, mais dans la moindre proportion possible, afin que, tout en ménageant la sensibilité, on ne compromette pas le succès du traitement.

Il est bon de prévenir les individus auxquels on prescrit des applications externes de médicaments chlorés, que ceux-ci attaquent la trame e lta couleur des tissus; il faut, par conséquent, n'en imbiber pour les pansements que des linges usés et sacrifiés, et recommander aux individus de protéger leurs vêtements contre l'action altérante du chlore. On se trouvera bien dans ce but de placer par-dessus la compresse imbibée d'hydrochlore ou de chlorure, une petite couche d'ouate et un morceau de taffetas ciré, maintenus ensuite par quelques tours de bande.

Lorsque les engelures sont ulcérées, les préparations de chlore peuvent encore être utiles; ces ulcères d'ailleurs sont essentiellement atoniques, et l'on sait tout le parti que l'on tire en thérapeutique chirurgicale des topiques chlorés dans le traitement des plaies qui offrent ce caractère. Mais ici, dans la plupart des cas, les solutions de chlore devront être plus ou moins étendues. On pourra aussi, comme je l'ai dit plus haut, appliquer du chlorure de chaux sec sur les ulcérations, ou l'introduire comme élément dans les topiques jugés nécessaires pour leur pansement. De quelque manière, du reste, que l'on fasse intervenir les médicaments que nous venons de proposer, on a infiniment de chances d'en obtenir de bons résultats dans le traitement des engelures ulcérées, et de constater ainsi une partie de l'efficacité si remarquable qu'ils possèdent, lorsqu'on a pu les mettre en usage dans la phase antérieure et sur-

tout dès le début de la lésion. Rappelons en terminant, et en faveur de la médicamentation dont il vient d'être question, que le pansement avec de la charpie trempée dans une solution de chlorure de chaux, était l'un de ceux que Lisfranc recommandait spécialement pour procurer la guérison des engelures ulcérées.

Dr Delioux de Savignac.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies mentales, par M. le docteur L.-V. Marcé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des aliénés de Bicêtre.

Qu'il nous soit permis, avant de rendre compte de l'ouvrage de M. le docteur Marcé, d'applaudir à la justice tardive qui a été enfin rendue naguère à notre illustre Esquirol, en plaçant sa statue dans le lieu même où tout redit encore à nos contemporains le dévouement, la charité éclairée, la science profonde de l'Hippocrate français des maladies mentales, pour nous servir de l'expression d'un savant médecin allemand, Heinroth. Assurément, et nous en donnerons hardiment pour preuve le lucide traité de M. Marcé, la pathologie mentale a fait de très-réels progrès depuis que l'immortel médecin de Charenton a consigné, dans un ouvrage qui restera, les résultats de ses laborieuses observations et de ses méditations profondes; mais peut-être ne serait-il pas complétement impossible de soutenir que la plupart de ces progrès se trouvent déjà en germe dans la collection des mémoires qui composent l'œuvre de l'illustre continuateur de Pinel. Ce n'est point ici le lieu de faire ce travail, et si la pensée s'en est présentée à notre esprit, c'est uniquement comme un écho de la justice qui vient enfin d'être rendue à une de nos gloires les plus pures; et, heureux de constater le progrès, dans quelque direction qu'il se produise, on ne nous surprendra jamais, quelle que soit notre équité pour le passé, à marchander l'éloge à nos contemporains qui nous paraissent le mériter. C'est ainsi que tout d'abord nous n'hésitons pas à reconnaître que, si l'ouvrage de M. Marcé, à le considérer dans son ensemble, manque d'originalité, on y trouve, sur quelques points, des détails intéressants qui assurent déjà une place distinguée, parmi les médecins aliénistes, au sagace auteur du *Traité pratique des maladies mentales*. Ces détails intéressants, tout le monde sait quels ils sont : ce sont les modifications morbides de l'état mental que présentent souvent les choréi-

ques; ce sont encore les remarques particulières de l'auteur sur la folie dans l'état puerpéral. Nous disons qu'il y a, sur ces divers points, dans l'ouvrage de M. Marcé, une analyse plus profonde de la vie pathologique du système nerveux que celle à laquelle on était arrivé avant lui; que des nuances ont été saisies par ce médecin distingué, qui avaient échappé à ses prédécesseurs dans cet ordre de recherches, et que ces conquêtes dans l'observation attentive doivent lui être comptées dans l'appréciation d'une œuvre toute d'enseignement pratique, qui, pour répéter les expressions mêmes de l'auteur, ne peut avoir de prétention à l'originalité, ne peut viser qu'au mérite de la clarté, de l'exactitude et de la sévérité dans le choix des matériaux.

Ce sont là, en effet, les traits essentiels dont est marqué l'ouvrage de notre savant confrère; nous ajouterons, nous qui ne sommes pas tenu à la même modestie, que ces qualités, qui éclatent à chaque page du livre, sont relevées par un style correct, élégant, animé, qui donne de la lumière aux tableaux qu'il retrace, et les imprime vivement dans l'esprit des lecteurs. Ceci dit pour caractériser l'esprit distingué dont nous avons à examiner sommairement le travail, nous allons indiquer le plan auquel celui-ci est soumis, et suivant lequel il se développe en une œuvre véritablement didactique qui a sa place marquée dans la littérature médicale.

Comme presque tous les auteurs qui ont embrassé dans leur étude l'ensemble des maladies mentales, M. Marcé a placé en tête de son livre une introduction historique qui, sobre en ses développements, retrace à grands traits les phases diverses de l'étude de l'aliénation de l'esprit. MM. Calmeil, Trélat, Morel, Archambault, Moreau, etc., sont surtout les auteurs qui, parmi nous, ont le mieux élucidé les questions qui se posent à propos de l'étude des maladies mentales dans la science du passé, et c'est là qu'il faut aller étudier l'histoire technique de la folie, quand on veut connaître cette grave perturbation des facultés mentales ou affectives sous les diverses formes dans lesquelles elle se produit, suivant le milieu religieux, moral ou politique dans lequel elle apparaît. M. Marcé s'est borné, sur ce point, à une rapide esquisse, qui n'omet aucun trait essentiel, et qui suffit au but d'enseignement pratique qu'il a surtout en vue.

Puis, dans une première partie, envisageant d'ensemble cette branche si intéressante de la pathologie, il montre en quoi consiste essentiellement la folie, et, après avoir touché aux classifications difficiles de cet ordre de maladies, il étudie la symptomatologie de l'aliénation mentale considérée d'une manière générale, sa marche,

ses causes, son pronostic, son diagnostic et son traitement. Cette sorte de pathologie générale de la folie se retrouve dans une foule d'auteurs, et c'est là surtout, il faut le dire, que se marque le mieux la portée de l'esprit, son élévation, sa justesse. M. Marcé, dans cette partie importante de son livre, ne s'est pas montré inférieur à la tâche difficile que cette étude lui imposait. Là partout, on sent que l'auteur a vécu avec les pauvres insensés, qu'il les a pénétrés autant qu'ils peuvent l'être, et qu'il possède à un degré éminent cette sagacité profonde sans laquelle il est impossible de ne pas errer dans ce chaos de la vie intellectuelle, affective, instinctive, dans cette étiologie souvent obscurcie à force de subtilités, dans cette anatomie pathologique qui souvent nous révèle la nature même du mal, mais qui, plus souvent encore peut-être, n'éclaire rien, dans cette thérapeutique enfin, dont l'efficacité réelle laisse si fréquemment tant de doutes dans un esprit un peu sévère. Tout ici, comme partout, est ombre et lumière, et le doute vous saisit à la gorge pour vous forcer à confesser bien souvent, hélas ! les limites de la science et l'incertitude de l'art. Dans tous les cas, c'est là une étude préliminaire que notre auteur a eu raison de développer autant qu'il l'a fait ; et négliger cette étude, pour aller de suite aux formes spécifiques de la folie, ce serait s'exposer à ne comprendre que fort incomplétement ces maladies, à tant de titres intéressantes aux yeux du médecin et du penseur. C'est là aussi que M. Marcé a étudié avec une attention particulière la question du *no-restraint*, sur lequel M. le docteur Morel a publié dernièrement une savante analyse, et la question bien plus importante encore des asiles et des colonies agricoles, dont on a fait beaucoup de bruit dans ces derniers temps. Sous ce dernier rapport, nous avons vu avec plaisir que M. Marcé se sépare à peu près complétement de ces esprits novateurs sans prudence, qui voudraient substituer aux asiles le système libre de la colonie : c'est là un rêve qui n'a pu naître que dans des esprits aventureux qui, par cela seul qu'ils font autrement, se persuadent qu'ils font mieux. Il ne suffit pas de marcher en avant pour réaliser le vrai progrès, il faut marcher droit.

Dans la deuxième partie, ou la pathologie spéciale des maladies mentales, l'auteur distingué dont nous résumons le livre traite successivement de la manie, de la mélancolie, de la folie à double forme, ou folie circulaire, des monomanies, de la démence, de la paralysie générale, puis des états morbides du système nerveux qui se rattachent indirectement à l'aliénation mentale, tels que l'idiotie et le crétinisme, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la pellagre et l'al-

coolisme : enfin, M. Marcé termine son intéressant ouvrage par un appendice où il envisage sommairement les maladies de l'esprit dans leurs rapports si graves avec la médecine légale. Nous qui n'avons pas fait des maladies dont nous nous occupons en ce moment l'objet spécial de nos études, nous dirons hautement, parce que nous le disons avec franchise, que nous avons lu avec un intérêt soutenu le travail de notre distingué confrère : nous ajouterons avec humilité que plus d'une fois aux quelques notions vagues qui flottaient sur certains points dans notre esprit curieux, très-curieux pourtant, la lecture attentive du *Traité des maladies mentales* a substitué des notions précises dont nous avons fait des applications rétrospectives à des cas par nous observés, et que nous n'avions pas toujours parfaitement saisis dans la vérité de leurs nuances. Il ne nous en coûte nullement de faire ici devant nos confrères cette confession : et, s'ils veulent éviter ces demi-erreurs, dans lesquelles un bon esprit et une conscience délicate ne sauraient se plaire comme dans la vérité, qu'ils fassent comme nous, qu'ils ne dédaignent pas d'apprendre, même en vieillissant : les livres ne manquent point aux lecteurs, ce sont bien plutôt les lecteurs qui manquent aux livres. Dans l'ordre d'études supplémentaires dont il s'agit ici, il y a surtout deux ouvrages qui correspondent aux lacunes que présente la science générale, c'est le livre dont nous venons de parler, et le livre analogue, publié il y a quelque temps par le savant médecin de Saint-Yon, de Rouen, dont nous avons parlé déjà. Ici et là est le pur froment de la science phrénopathique, c'est là qu'il faut aller l'étudier. Puisque nous avons prononcé le nom du savant médecin de l'asile de la Seine-Inférieure, du successeur des Foville et des Parchappe, que M. Marcé nous permette une courte réflexion à son endroit. Il ne nous semble pas que le médecin de Bicêtre ait fait une part équitable dans son livre aux idées originales du médecin de Saint-Yon sur la transformation des névroses et sur la manière dont il faut comprendre la transmission héréditaire dans les maladies du système nerveux. Aucun médecin n'a pénétré aussi avant que M. Morel dans la question des origines morbides, en ce qui touche aux névroses proprement dites ; il y a, ce nous semble, dans ces vues hardies, et qui nous sortent un peu de l'ornière d'une tradition trop servilement suivie, des lueurs de vérité qu'il ne faut point placer sous le boisseau. Nous aurions désiré qu'au lieu de les omettre à peu près complétement, M. Marcé les discutât au moins ; il y a des idées, comme il y a des hommes, qu'on ne supprime pas. Ceci soit dit, du reste, comme simple marque d'indé-

pendance du critique et comme le gage de la sincérité de l'éloge que nous avons cru devoir faire du livre dont nous venons de parler.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Compte rendu du traitement des calculeux pendant l'année 1862. — M. Civiale poursuit, avec une régularité des plus louables, la publication des résultats annuels de sa pratique. Ce sont des documents trop précieux pour que nous ne nous empressions pas de les consigner dans le *Bulletin de Thérapeutique*, qui a tant contribué à la vulgarisation de la lithotritie.

Dans le courant de l'année qui vient de finir, dit M. Civiale, j'ai traité soixante-neuf personnes attaquées de la pierre : soixante-six hommes, deux femmes et un enfant.

Quarante-cinq dans ma pratique particulière, et vingt-quatre à l'hôpital.

Soixante et un avaient la pierre pour la première fois ; huit avaient déjà subi des traitements pour cette affection.

Cinquante-huit de ces malades ont été opérés :

Quarante-cinq par la lithotritie, qui a réussi dans quarante-quatre cas; il y a huit guérisons incomplètes.

Dix par la taille ordinaire, qui en a guéri trois, soulagé deux, et cinq sont morts.

Trois ont été opérés par la combinaison de la taille et de la lithotritie ; deux sont guéris, il reste au troisième une incontinence d'urine.

Onze n'ont pas subi d'opération.

1° *Malades opérés par la lithotritie.* — I. Les divisions précédemment établies au sujet des calculeux opérés, sont applicables aux cas dont je viens de présenter le tableau.

Dans ceux de la première série, au nombre de vingt, qui sont les plus heureusement placés, le diagnostic et la thérapeutique présentent toute la précision et la sûreté désirables ; pour les besoins de l'un et de l'autre, l'art est en possession de moyens éprouvés; les règles de la manœuvre sont nettement tracées, et le succès de l'opération est d'autant plus facile, d'ailleurs, que la pierre est plus petite.

On obtient des succès analogues chez les calculeux d'une autre classe, dont la pierre est également facile à détruire, mais chez lesquels on observe des troubles fonctionnels avec inertie et catarrhe de la vessie et dépérissement de la santé générale.

Ces calculeux qu'on redoutait de traiter par la lithotritie, il y a quelques années, guérissent presque tous aujourd'hui, au moyen de précautions dont l'expérience a prouvé l'utilité.

II. Toute pierre qui séjourne dans le corps de l'homme, grossit, et produit des désordres toujours nuisibles au traitement; ce sont les cas graves et les cas compliqués, dans plusieurs desquels l'art de broyer la pierre est encore possible; mais ses applications offrent des difficultés qui proviennent, les unes du volume et du nombre des pierres, et les autres des lésions organiques de la vessie et des annexes.

Trois de ces malades avaient de grosses pierres, le traitement a réussi, mais le calcul remplissant la vessie et l'espace manquant pour la manœuvre, celle-ci a été difficile et douloureuse.

Sept autres avaient des pierres multiples dont la destruction a exigé un long traitement. Cependant les opérés ont obtenu une guérison complète.

Il n'en a pas été ainsi des malades chez lesquels se trouvaient réunies de grosses pierres et des lésions organiques; les difficultés sont doubles alors et d'autant plus embarrassantes pour l'opérateur que le volume et le nombre des calculs, la nature et le développement des productions morbides, le mode et l'étendue de la déformation qu'a subie la cavité dans laquelle il doit agir, lui sont presque entièrement inconnus avant de commencer l'opération.

En de telles circonstances, il serait préférable de recourir à la taille; mais elle n'est pas toujours acceptée par les malades; elle a d'ailleurs ses difficultés propres et ses dangers; la lithotritie offrant plus de chance de guérison, le chirurgien se fait un devoir de l'appliquer sans se dissimuler que presque toujours il est réduit à procéder sans règles et sans autre guide que ses sensations tactiles, à la recherche des calculs entiers ou fragmentés, au milieu des tumeurs et des touffes fongueuses qui remplissent la vessie. D'après cela, on se rend facilement compte des difficultés de la manœuvre et de l'incertitude du résultat.

Dans ces cas exceptionnels, la lithotritie est une ressource plutôt qu'une méthode rationnelle. Alors même qu'on réussit à détruire la pierre, il n'est pas rare d'observer, après le traitement, des troubles fonctionnels, des incommodités, de véritables douleurs, que je désigne sous le nom de guérison incomplète, et qui ne doivent être confondues ni avec les accidents produits par les éclats de pierre restés dans la vessie, ni avec certains désordres que les manœuvres opératoires, celles de la taille spécialement, peuvent occasionner.

Ces effets, d'ailleurs, ne sauraient surprendre, puisque la guérison des calculeux traités par les procédés chirurgicaux ne peut être complète en général que dans la série des cas simples où la pierre forme toute la maladie, et produit à elle seule tous les désordres.

Dans les cas graves et compliqués, la pierre ne forme au contraire qu'une partie de l'état morbide, et ce n'est pas la plus importante. Or, comme l'opération ne détruit que la pierre, les opérés conservent forcément la part de désordres dont je viens d'indiquer la source.

Deux de mes opérés, l'un par la taille, l'autre par la lithotritie, ont conservé des besoins trop fréquents d'uriner, parce que la vessie n'a pas récupéré sa capacité normale que la pierre lui avait fait perdre.

Trois autres traités par la lithotritie pour des calculs moyens et friables n'ont plus de pierre, mais l'inertie et le catarrhe de la vessie qui avaient précédé la formation du corps étranger n'ont pas entièrement cessé.

Trois malades opérés, un par la taille et deux par la lithotritie, qui avaient en même temps la pierre et des tumeurs dans la vessie, sont délivrés de la première, mais les tumeurs subsistent et produisent, suivant leur situation, leur nature et leur volume, de l'agacement, des difficultés d'uriner et même des douleurs presque continues.

Ces désordres à la suite des traitements par l'une ou par l'autre méthode sont regrettables assurément ; mais ce n'est ni à l'art, ni au chirurgien qu'on peut s'en prendre, ainsi que l'ont fait quelques malades, de n'avoir pas obtenu le bienfait complet de l'opération. La faute en est au médecin, et surtout au malade lui-même, qui n'a pas eu la prudence de se faire opérer en temps opportun et avant que la pierre ait grossi et produit dans les organes ces mêmes désordres qui rendent la guérison incomplète.

On a dit que les calculeux peuvent ignorer la cause de leurs premières souffrances, cela est vrai, mais c'est rare ; d'ailleurs, si la méprise est possible à celui qui souffre, le médecin peut facilement l'éviter : c'est même pour lui un devoir de recourir aux moyens d'exploration dont l'art dispose aujourd'hui, afin d'être à l'abri de tout reproche.

Aussi longtemps que la taille fut la seule ressource des personnes attaquées de la pierre, les praticiens les plus éclairés ne conseillaient cette opération aux adultes et surtout aux vieillards que lorsque la vie était menacée et que les douleurs rendaient l'existence

insupportable; c'était pour eux le moment d'affronter les dangers de la cystotomie.

Cette règle n'est pas celle qu'on doit suivre à l'égard de la lithotritie ; il est même formellement prescrit de recourir à cette méthode au début de la maladie, avant qu'il existe des lésions organiques, pendant que le calculeux se trouve encore dans la catégorie des cas simples que je viens d'indiquer et dans laquelle l'opération est toujours facile, sans violence sur les organes, et lorsque la pierre est détruite, toute souffrance cesse, la santé renaît et se soutient.

D'après l'ancienne règle, en procédant à l'égard de la lithotritie comme on le fait pour la taille, le médecin manque de prudence ; sans doute il épargne au malade l'effroi d'un mal qu'il redoute, il ne porte pas l'alarme dans sa famille, mais il laisse prendre à la maladie un développement tel, qu'un moment arrive où l'art peut soulager, mais il ne guérit pas.

Je citerai un exemple remarquable observé depuis peu de temps. Un homme éprouve en voyage des douleurs qui se rattachent à la pierre et qui l'obligent de s'arrêter ; bientôt elles cessent, comme à l'ordinaire, par le repos et quelques moyens sédatifs. De nouveaux accidents se produisent ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés, ils sont combattus de la même manière, avec le même succès. Enfin l'état du malade s'aggrave, sa vie paraît menacée, on réunit en consultation les praticiens les plus célèbres d'une grande cité ; ils constatent la nature du mal et ils conseillent l'opération de la lithotritie. Mais le moment opportun est passé : attaquer une masse pierreuse dans une vessie saignante, catarrhale, ratatinée et déformée par des lésions organiques, est toujours une entreprise pleine de difficultés et de périls : on a réussi cependant à morceler la pierre et à extraire ses débris, mais les lésions organiques de la vessie subsistent, et avec elles les désordres fonctionnels qui s'y rattachent. Ce traitement long et douloureux, qui laisse l'opéré dans un état de malaise et d'inquiétude, eût été, au début de la maladie, facile et de peu de durée; le malade aurait récupéré immédiatement le libre exercice de ses fonctions, et il se serait épargné deux ans de souffrances.

III. Une question importante qu'on néglige cependant, est celle de la récidive de l'affection calculeuse.

Huit des malades du tableau qui précède avaient été traités pour la pierre, à des époques plus ou moins éloignées de celle du dernier traitement. Celui-ci a réussi dans tous les cas ; après l'extraction des derniers débris du corps étranger, la guérison a été complète et

se soutient ; mais il est probable qu'il se formera de nouveaux calculs, dans un espace de temps qu'on peut déterminer approximativement.

Au point de vue de la récidive, les calculeux forment deux grandes classes.

1° Dans la première se trouvent les pierres d'acide urique et ses composés, d'oxalate calcaire et de cystine.

Si la pierre s'est développée lentement et sans produire de fortes douleurs ; si, d'autre part, le malade a obtenu par l'opération une guérison prompte et complète, on est à peu près assuré que guérison se soutiendra.

Lorsqu'au contraire les dépôts urinaires sont abondants et persistent sous forme de matière amorphe, de cristaux ou de graviers rendus avec l'urine, on ne peut guère espérer que l'extraction de la pierre par l'une ou l'autre méthode les fera cesser immédiatement, et qu'un organe qui aura produit pendant des années, des masses de dépôts uriques en excès dans l'urine, ne continuera pas à fonctionner de la même manière après l'opération. Aussi n'est-il pas rare que des malades soient opérés plusieurs fois, même à de courts intervalles, et le nombre en serait plus grand encore, si les opérés ne finissaient pas par succomber.

La reproduction des pierres d'oxalate calcaire est rare, et je n'en ai pas observé pour ceux de cystine.

2° Ce sont les concrétions de phosphate calcaire et ammoniaco-magnésien qui se reproduisent le plus fréquemment, et avec d'autant plus de promptitude qu'il existe des productions morbides dans l'appareil urinaire.

Après une opération de taille ou de lithotritie, et sous l'influence d'un catarrhe vésical qui subsiste, on voit apparaître des masses de dépôts terreux dans l'urine, mais le plus souvent cette matière amorphe s'agglomère dans la vessie et forme en peu de jours des pierres poreuses, grises, sans consistance, qu'on détruit avec facilité, mais qui se reproduisent avec la même promptitude. Ces cas sont très-nombreux et présentent un grand intérêt, au double point de vue de la pratique de l'art et de la formation des calculs vésicaux.

Du reste, ces reproductions ne sauraient surprendre, puisque le traitement chirurgical employé dans ces cas n'a d'action directe que sur la pierre, et que les organes qui la retiennent sont, après l'opération, ce qu'ils étaient avant.

2° *Malades opérés par la cystotomie.* — L'un de ces malades, âgé de trois ans et demi, avait une pierre d'acide urique à structure

cannelée, très-compacte, de 3 centimètres de long, de 2 centimètres 1/2 de large et de 2 centimètres d'épaisseur. La vessie se contractait avec tant de force, que chaque émission d'urine était accompagnée de la chute du rectum et de douleurs tellement vives, que l'existence de l'enfant devenait insupportable.

Cette pierre ne devait pas être attaquée par les procédés de la lithotritie ; je dirai à l'Académie les motifs qui m'ont déterminé à ne pas céder au vœu des parents qui désiraient que leur fils fût opéré par la nouvelle méthode.

L'art de broyer la pierre n'est pas appliqué aux enfants d'une manière aussi générale qu'aux autres époques de la vie. J'ai fait connaître ailleurs les causes de cette différence (*Traité de la lithotritie*). Je noterai les trois principales :

1° Avec le petit instrument dont il faut se servir chez les enfants, on ne peut morceler qu'une très-petite quantité de pierre à chaque séance, ce qui prolonge la durée du traitement.

2° Lorsque la vessie est inerte, les fragments calculeux ne sont pas expulsés, il faut les extraire par les procédés de l'art : le petit diamètre du canal rend cette manœuvre longue et difficile.

3° L'urètre de l'homme n'est pas également large et dilatable dans toute sa longueur. Chez les enfants, en particulier, le col de la vessie et la partie profonde de l'urètre peuvent se dilater considérablement, et admettre des calculs entiers ou fragmentés qui seront arrêtés dans le canal ; ce qui constitue un accident grave par ses effets immédiats, et surtout parce qu'il devient la source des plus grands désordres.

Il est prescrit de n'appliquer la lithotritie aux enfants très-jeunes, c'est-à-dire de deux à sept ans, que lorsque la pierre peut être détruite en une ou deux séances ; à ces conditions, la méthode réussit parfaitement, tandis que chercher à détruire une grosse pierre dans ces circonstances, c'est s'exposer aux plus graves mécomptes : la question capitale est de savoir où il faut s'arrêter dans l'application de la nouvelle méthode. Cette question a paru embarrasser quelques chirurgiens ; cependant elle peut être résolue avec autant de facilité que de certitude : il suffit de suivre les préceptes de l'art.

Lorsqu'un enfant soupçonné calculeux se présente, le chirurgien reconnaît la pierre. Afin d'en déterminer le volume et la configuration, il remplace la sonde par un lithoclaste, avec lequel il s'assure en même temps que la vessie n'en contient pas d'autres.

Si le calcul est petit, il l'écrase sans désemparer, puis il saisit les éclats et les brise jusqu'à ce qu'ils soient réduits en poudre. Le

lendemain, avec le même instrument, il s'assure que la vessie est entièrement débarrassée, et ce qui ne devait être qu'un complément d'exploration préalable devient une opération définitive : le malade est guéri. Je rappellerai un cas remarquable :

Chez un petit malade, la cystotomie m'avait paru indiquée; les médecins consultants et la famille paraissaient la désirer : tout était préparé pour l'opération. En introduisant le cathéter, je trouvai la pierre au col de la vessie; je quittai le cathéter pour prendre un petit lithoclaste. La pierre, repoussée dans la cavité vésicale, fut saisie et brisée instantanément : la guérison fut immédiate. On connaît divers cas semblables.

La pierre saisie par le lithoclaste est-elle assez volumineuse pour exiger un long traitement et un grand nombre d'opérations, au lieu de l'attaquer et de chercher à la morceler, on la lâche, on retire l'instrument, et l'on procède à la taille immédiatement, ce qui est préférable, ou le jour suivant, mais sans différer davantage.

Six des malades taillés avaient de grosses pierres, dont l'extraction aurait présenté de grandes difficultés sans un appareil particulier dont j'indiquais l'emploi à l'Académie dans mon dernier compte rendu, et qui m'a été très-utile dans ces circonstances.

3° *Combinaison de la taille et de la lithotritie.* — Trois malades ont été opérés par un procédé qui consiste à ouvrir la partie membraneuse de l'urètre par une incision périnéale, et à porter par cette voie et le col vésical, non divisé, les instruments propres à pulvériser les pierres vésicales et en faire l'extraction en une séance.

Le principal élément de succès de cette méthode est dans la dilatabilité du col de la vessie et de la partie profonde de l'urètre, très-commune chez les jeunes malades. Cette disposition, nuisible à la lithotritie en ce qu'elle favorise l'arrêt des fragments dans le canal, facilite l'extraction de la pierre dans la cystotomie; elle fait la base de la combinaison que je viens d'indiquer et qui n'est pas nouvelle. En 1828, j'en débattais les avantages contre Dupuytren qui la repoussait (voir ma quatrième lettre et mon *Traité de lithotritie*, p. 456 et suiv.).

Depuis cette époque, je l'ai souvent employée chez les enfants calculeux et dans les cas de contractilité exagérée de la vessie, et j'ai obtenu de beaux résultats (¹).

(¹) En réunissant ces faits cliniques, les chirurgiens reconnaîtront peut-être l'utilité de porter leurs regards en arrière et de s'assurer si le procédé de taille des anciens, connu sous le nom de *petit appareil*, avec les nouvelles ressources de l'art pour morceler les grosses pierres, ne réussirait pas plus sûrement que la méthode actuellement en usage.

4° *Malades chez lesquels le traitement a été ajourné ou impossible.* — Ces cas, au nombre de onze, forment plusieurs catégories :

Deux hommes, épuisés par l'âge et les souffrances, étaient arrivés au plus haut degré de dépérissement : l'art ne pouvait intervenir que par l'emploi de quelques moyens propres à rendre plus supportables les derniers moments de la vie.

Un autre, déjà indiqué dans les précédents comptes rendus, continue de vivre avec une grosse pierre et des lésions organiques dans la vessie : la lithotritie est impossible. Je détourne le malade, dont l'existence est très-supportable, de recourir à la taille, dont la réussite diminuerait peu ses souffrances et qui pourrait causer la mort.

Un quatrième porte, depuis longues années, une grosse pierre qui cause aussi peu de douleur ; les fonctions, en général, sont à peine troublées, grâces aux précautions qui sont prescrites et rigoureusement observées.

Il n'est pas absolument rare de voir des calculeux dont les organes s'habituent pour ainsi dire au contact de la pierre, surtout lorsqu'elle se développe très-lentement : souvent alors il n'y a ni catarrhe vésical ni trouble dans la miction. Il ne faut pas perdre ces malades de vue : une opération peut devenir nécessaire au moment où on s'y attend le moins ; mais il serait au moins imprudent de troubler, par anticipation, le calme dont ils jouissent.

J'ai ajourné le traitement pour la pierre chez deux malades, attaqués en même temps l'un d'une lésion grave des téguments, l'autre de désordres dans les fonctions rénales.

Dans cinq cas, ce sont les malades eux-mêmes qui ont voulu différer l'opération, en disant qu'ils ne souffrent pas assez pour s'y soumettre.

Deux d'entre eux cherchent même à se persuader qu'ils n'ont pas la pierre, et ils attribuent à des causes sans portée les dérangements qu'ils éprouvent : jamais la peur ne fut une conseillère plus perfide.

A l'égard de la lithotritie, on ne saurait trop se hâter de recourir à l'opération.

Tout retard aggrave la position du malade, augmente les difficultés et les douleurs de la manœuvre, diminue les chances de succès, et prolonge la vie de souffrances à laquelle les hommes se condamnent en gardant leur pierre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur l'emploi de la sarracenia purpurea dans la variole. Le docteur Haldane a exposé, devant la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, dans sa séance du 5 décembre dernier, qu'ayant eu dans son service un nombre considérable de cas de petite vérole admis à l'infirmerie royale dans le cours de l'épidémie qui vient de sévir, il avait cru convenable de soumettre à l'épreuve de l'expérience le remède emprunté aux Indiens de l'Amérique du Nord, et annoncé comme spécifique contre cette maladie, à savoir la sarracenia purpurea.

L'échantillon de cette drogue, mis d'abord à sa disposition, consistait en feuilles avec des portions de racines adhérentes : aucun effet ne fut produit. Quelques personnes ayant alors fait remarquer que les feuilles passaient pour être inertes et que les racines seules contenaient les principes actifs de la plante, une nouvelle série d'expériences fut instituée à l'aide d'une provision de racines fournie par MM. Savoy et Moore. En se conformant aux instructions données par le docteur Miles dans la *Lancet*, on prépara une décoction qui fut administrée à six malades, et en même temps on prit des notes exactes sur chacun de ces six cas. Le résultat, pour le docteur Haldane, a été une pleine conviction que la racine de sarracenia, du moins à l'état sec, n'est suivie absolument d'aucun effet. Les cas en question parcoururent leurs périodes, en suivant la marche ordinaire, sans la plus légère modification ; aucun changement ne se produisit dans les caractères de l'éruption ; nulle action physiologique, de quelque nature que ce soit, ne se manifesta.

Le docteur Haldane a d'ailleurs fait remarquer, ce qui mérite d'être noté, qu'il a eu grand soin de ne choisir que des sujets non vaccinés, ni antérieurement atteints de petite vérole ; car, si des irrégularités étaient venues à se rencontrer dans des cas de variole modifiée, il eût été difficile ou impossible d'en tirer quelque conclusion relativement à la valeur du moyen thérapeutique mis en usage. Il regarde donc comme probable que quelques-uns au moins de ceux qui ont parlé favorablement de la sarracenia, auront pris la marche naturelle de la maladie modifiée pour un résultat important attribuable au médicament. Tous ces cas ont été d'une intensité moyenne : l'un des sujets a succombé, les autres ont guéri sans avoir rien présenté que d'ordinaire dans le cours de la maladie. Le docteur Haldane a, en conséquence, renoncé à l'emploi de la drogue en question, d'autant que le prix en est trop élevé pour justifier des expérimentations sans aucune utilité. (*Edinburgh med. Journ.*, janvier 1863.)

Cas de variole traités par la sarracenia purpurea. Aux renseignements ci-dessus nous ajoutons les faits suivants, que nous empruntons aussi à la presse anglaise, et qui ont été observés par les docteurs D. Goyder et S. Brown. L'enquête est ouverte sur la réalité des propriétés antivarioliques attribuées à la sarracenia : nous enregistrons les pièces, afin que nos lecteurs puissent juger.

I. Garçon âgé de quatorze ans, non vacciné. Lors de la première visite, le 15 novembre dernier, l'éruption, dans sa période papuleuse, était abondamment répandue sur la face et les extrémités, annonçant la confluence ; elle était moins nombreuse sur le tronc. Au début, fièvre, céphalalgie, vomissements bilieux. Prescription de la décoction de sarracenia purpurea, suivant les indications de M. Miles (voir notre dernier numéro, p. 119). Jusqu'au 21 novembre, le malade fut visité chaque jour ; l'éruption se développa en suivant ses phases régulières, sans présenter aucune modification insolite, et devint confluente à la face. La fièvre secondaire fut intense et accompagnée de délire ; mais ensuite la dessiccation marcha d'une manière favorable. Pas de diurèse ; mais diarrhée du quatrième au sixième jour de l'éruption ; et, à la suite, constipation, qui obligea à la fin à recourir à l'huile de ricin. Convalescence le 26 novembre. Le régime consista, d'un bout à l'autre, en lait et aliments féculents.

II. Enfant âgé de trois ans, non vacciné, vu, pour la première fois, le 28 octobre ; éruption à l'état papuleux.

Une mixture diaphorétique avait été ordonnée; elle fut continuée jusqu'au matin du 30, moment où l'éruption était parvenue à l'état de vésicules, celles-ci pleines et très-proéminentes. Tout annonçait la confluence, et le cas paraissait aussi favorable que possible pour tenter l'essai de la sarracenia, qui fut, en conséquence, administrée à des doses de cuillerée à bouche. — Le 31, trouble fébrile considérable; passage des vésicules à l'état de pustules; plusieurs garde-robes diarrhéiques, flux urinaire abondant. — Le 1er novembre, agitation extrême; on ne peut parvenir à empêcher l'enfant de se gratter la face et d'arracher les pustules, et bientôt le visage présente une surface tout à vif. Dans les parties non atteintes par les ongles du petit malade, telles que le front, le cou et la poitrine, les pustules sont beaucoup plus aplaties qu'il n'est ordinaire; la peau environnante a perdu sa rougeur inflammatoire et est devenue pâle. — En conséquence, d'après les propositions énoncées dans la *Lancet* (numéro du 18 octobre), sous le titre *Observations*, à savoir : « qu'après la seconde ou la troisième dose, données à intervalles de quatre à six heures, les pustules perdent visiblement de leur vitalité; que les pustules paraissent simplement perdre leur vitalité, se dessécher et tomber; » et enfin, d'après cette remarque, que parmi les effets salutaires attribués à la sarracenia, se trouvent cités « une action diurétique rapide et le pouvoir de provoquer des évacuations intestinales; » on se crut fondé à penser, malgré l'agitation observée, que les résultats de l'expérimentation étaient jusque-là confirmatifs des effets favorables du nouveau remède. — Mais l'enfant mourut dans la nuit du 1er au 2 novembre.

De ces deux faits, le premier n'apporte aucun renseignement ni pour ni contre la sarracenia. Quant au second, soit qu'on attribue ou non à l'action de cet agent la flétrissure des pustules et la disparition de leur aréole inflammatoire, il ne saurait, certes, être invoqué pour témoigner en faveur de la médication proposée. (*Lancet*, et *Med. Circular*, janvier 1863.)

Maladies nerveuses et mentales. M. Girard de Cailleux soumet au jugement de l'Académie quelques idées d'ensemble contenues dans un ouvrage qu'il va publier, et qui a pour but de dresser un programme à suivre dans chaque département pour coordonner les efforts des médecins d'asiles, en les dirigeant vers des études comparées d'aliénation mentale. Causes, symptômes, marche, durée, terminaison de la folie, rechutes, altérations anatomiques qu'elle laisse après elle, tel a été l'objet principal des recherches qu'il renferme, et qui sont passées brièvement en revue dans ce travail.

Après avoir indiqué la division qu'il adopte pour les causes de la folie, causes physiques et causes morales, l'auteur a étudié l'influence des professions, des âges, des sexes, de l'état civil, de la position de fortune, du degré d'instruction, comparativement avec l'état numérique correspondant de la population. Pour donner un aperçu des résultats obtenus par cette étude, il mentionne en ces termes l'influence de la position de fortune sur l'aliénation :

« Si l'on posait la question de savoir jusqu'à quel point la possession de la fortune, même d'une certaine aisance, est désirable au point de vue de la production de l'aliénation mentale, la statistique répondrait d'une manière remarquable que la privation de fortune est moins souvent la cause de la folie que la possession.

« Effectivement, si l'on compare le nombre des aliénés fourni par la classe indigente avec celui fourni par les classes riches ou aisées, on voit que la première est proportionnellement beaucoup moins éprouvée que les dernières...

« A quoi tient cette situation défavorable aux classes riches ou aisées? Evidemment à ce que, dans un certain rang de la société, les besoins factices sont plus multipliés et leur non-satisfaction plus fréquente. De là naissent une multitude de causes, inconnues à l'homme assujetti constamment à la loi du travail par l'ordre social. En outre, la gestion de la fortune, les craintes et les espérances incessantes que font naître sa conservation, son accroissement, sa diminution ou sa perte, occasionnent de nombreuses émotions qui ébranlent le système nerveux et lui portent la plus grave atteinte. Ajoutons que la fortune devient souvent, dans les mains de celui qui la possède, une occasion d'excès sensuels très-préjudiciables à la santé.

« Enfin, faut-il le reconnaître, et c'est là le point le plus élevé de la question, la Providence a établi une sorte de compensation entre la richesse

et la pauvreté... » (*Acad. de méd.*, janv. 1863.)

Danger des mariages consanguins. M. Balley a fait quelques observations sur les *inconvénients des alliances consanguines*, « alliances déterminées, dit-il, trop souvent par la seule crainte de voir passer à des étrangers le bien d'une famille. »

De ces observations, au nombre de quatre, l'une tendrait à faire admettre, comme quelques autres faits déjà communiqués à l'Académie, que les résultats fâcheux de ces sortes d'alliances peuvent ne se faire sentir qu'à la deuxième génération. Du mariage d'un Français et d'une Allemande, tous deux sains de corps et d'esprit, le mari même connu pour un homme très-intelligent, naissent quatre enfants : trois garçons, dont le plus jeune est seul dans les conditions normales ; le fils aîné était contrefait, le second sourd-muet, la fille est à demi idiote. Le père était né d'un mariage entre cousins germains.

D'un autre mariage entre cousins germains proviennent deux enfants : un garçon frappé en naissant d'albinisme, et une fille dont l'intelligence ne s'est que très-imparfaitement développée.

Dans un troisième mariage entre cousins germains, les premières couches de la mère sont d'enfants morts-nés, les suivantes d'enfants contrefaits ; un seul survit : il est petit, rachitique, et a été sujet presque dès sa naissance à une sorte de chorée.

Le quatrième mariage, aussi entre cousins germains, n'a donné que deux enfants chétifs et peu intelligents. (*Acad. des sciences*, janv. 1863.)

Emploi des fils métalliques compresseurs pour remplacer les ligatures. M. John Birkett rapporte les observations de trois amputations, de la cuisse, de la jambe et du pied, dans lesquelles les fils métalliques employés comme *compresseurs* ont remplacé avantageusement les ligatures ordinaires.

C'est au professeur Simpson qu'est dû le mérite de cette innovation, qui, d'ailleurs, lui a toujours réussi. Les fils métalliques sont mieux tolérés que les fils de soie ou de chanvre ; la suppuration qu'ils amènent est presque nulle, et leur enlèvement, plus facile, n'entraîne pas les suites souvent fâcheuses qui résultent de cette opération pratiquée sur les fils organiques, dont le séjour dans les parties molles favorise l'inflammation et la formation du pus.

M. Birkett a expérimenté sur des fils métalliques de diverses natures, argent, or, acier, fer. Il conclut de ses recherches que la préférence doit être accordée aux fils d'argent ou de fer étamé dont le bas prix permet l'usage dans les grands hôpitaux.

M. Spencer Wels, convaincu des avantages des fils métalliques, en a proposé l'emploi dans l'opération de l'ovariotomie pour lier le pédicule de la tumeur. (*Royal medical and chirurgical Society*, janv. 1863.)

Hernie vaginale ; sa contention par le pessaire à réservoir d'air. M. Testelin a observé dernièrement une hernie intestinale (*entérocèle*) dans le vagin, chez une femme de trente ans ayant eu déjà plusieurs enfants. La portion de la tumeur qui sortait de la vulve était plus volumineuse que le poing, outre la portion incluse dans le vagin ; le point de communication avec l'abdomen ou collet du sac était à la partie supérieure droite et postérieure du vagin, dans le cul-de-sac utéro-rectal. Cette hernie, malgré son volume, se réduisait très-facilement, avec le gargouillement caractéristique, même la femme étant debout.

La hernie ne sortait pas dans la position debout ; aussi la femme, qui habite un faubourg de Lille, a-t-elle pu venir à pied consulter notre confrère. Après un examen où l'on put constater que la hernie n'était pas sortie, la femme s'étendit dans un fauteuil, sur le dos, et dans une position presque couchée, fit un effort, et la hernie sortit tout d'un coup : c'est alors que M. Testelin put en apprécier les caractères et la réduire. On appliqua le pessaire Gariel en caoutchouc vulcanisé, qui jusqu'à présent paraît maintenir la hernie. Le pessaire Gariel, employé pendant le jour, est remplacé la nuit par une éponge fine légèrement humectée d'une solution de tannin.

Cette lésion, que M. Testelin rencontre pour la première fois, est extrêmement rare, puisque Vidal de Cassis, qui n'en a jamais observé, cite, dans son *Traité de pathologie externe*, deux observations, l'une de Garengeot, l'autre d'Arnaud, parfaitement semblables à celle-ci, dans lesquelles la hernie fut maintenue à l'aide d'un pessaire en bondon. (*Compte rendu de la Société de médecine du Nord.*)

REVUE DES JOURNAUX.

Anévrysme poplité guéri au moyen de la flexion forcée du membre. Voici un nouveau cas de succès par ce mode de compression à ajouter à ceux que nous avons déjà rapportés : il est d'autant plus intéressant que la compression exercée à l'aide d'instruments sur le trajet du vaisseau, avait complétement échoué.

Il s'agit, dans ce cas, d'un soldat âgé de trente-trois ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, qui entra à l'hôpital militaire de Hong-Kong, le 25 janvier 1862, pour une tumeur qu'il portait à la partie postérieure du genou gauche et qui occasionnait de la roideur et de la douleur dans la marche. Cette tumeur, située dans la moitié supérieure du creux poplité, du volume d'une petite orange, non sensiblement réductible par la pression, présentait, avec un bruit de souffle très-prononcé, des battements énergiques isochrones à ceux de l'artère fémorale, et cessant quand on comprimait ce vaisseau au niveau de l'aine.

Traité à quatre reprises différentes, du 24 janvier au 20 mars, par la compression au moyen de deux tourniquets placés l'un au niveau du triangle de Scarpa, l'autre plus bas sur le trajet de l'artère fémorale, et que l'on faisait agir alternativement, l'anévrysme ne se trouva pas favorablement modifié ; les seuls effets obtenus de ce traitement, dirigé avec beaucoup de zèle par les chirurgiens militaires Hanley et Maher, furent l'émaciation de la cuisse et l'accroissement de la dureté de la tumeur ; dès que la compression était supprimée, les battements y reparaissaient avec la même intensité.

Ce fut alors que M. Currie, inspecteur général des hôpitaux délégué, eut l'idée de faire l'essai de la flexion forcée. D'abord, le 27 mars, la flexion fut commencée graduellement et portée au bout de peu de jours au point que le talon fut en contact avec la fesse correspondante, le membre étant maintenu dans cette position au moyen d'une courroie à boucle, comme celle qu'emploie M. Rarey, le célèbre dompteur de chevaux. L'effet immédiat fut l'arrêt de la circulation dans la tumeur, au grand soulagement du malade. La flexion fut assez bien supportée, sauf des douleurs dans le genou, paraissant dépendre de la tension de la peau, et qui furent soulagées au moyen d'un liniment chloroformé. Le neuvième jour, la jambe fut un peu étendue, ou plutôt ramenée à la demi-flexion pour examiner l'état de l'anévrysme : les pulsations étaient considérablement affaiblies et le bruit presque imperceptible. La flexion forcée fut alors reprise et continuée jusqu'au 20 juin, avec le soin d'examiner de temps en temps le siége du mal, afin de constater l'état des choses ; chaque fois l'on trouva et, à cette dernière époque, il restait encore des battements faibles, mais distincts. Désespérant alors du succès, le chirurgien décidé à pratiquer la ligature, délivra le membre de ses liens et l'étendit autant que le permettait la contraction du genou résultant de la flexion prolongée. Mais le lendemain, 21 juin, sa satisfaction égala son étonnement, en trouvant la tumeur absolument sans pulsations et sans bruits stéthoscopiques ; ces phénomènes n'avaient pas reparu le 3 août suivant, jour où le malade réformé fut embarqué pour l'Angleterre. (*Lancet*, 7 février 1863.)

Fièvre puerpérale à la suite d'un accouchement laborieux, occasionné par l'insertion du placenta sur le col. — Traitement par la résine de quinquina. — Guérison. On est encore si peu fixé sur la valeur des divers modes de traitement préconisés contre la fièvre puerpérale, qu'il y a toujours un grand intérêt à faire connaître les tentatives qui sont justifiées par le succès. Voici un exemple dans lequel la résine de quinquina a été employée avec avantage.

M. le docteur Limouzin-Lamothe, médecin à Decazeville, fut appelé, dans la nuit du 21 juillet, auprès d'une femme enceinte pour la septième fois, en proie à une perte très-abondante qui durait depuis six heures, et qui paraissait augmenter encore depuis le moment où les douleurs s'étaient manifestées. La malade était étendue sur son lit, sans mouvement, le pouls petit, serré, concentré ; elle avait, en même temps, quelques vertiges et des bourdonnements dans les oreilles ; la figure exprimait l'anxiété. Une sage-femme avait déjà pratiqué le tamponnement avec des éponges trempées dans de l'eau vinaigrée. M. Limouzin-Lamothe fit appliquer alors sur le ventre une serviette trempée dans

l'eau froide et souvent renouvelée, et administrer un lavement d'eau froide; il appliqua en même temps un sinapisme au milieu du dos, tout en lui faisant prendre un manuluve sinapisé.

Après vingt-cinq minutes de ce traitement, M. Limouzin enleva le tampon pour pratiquer le toucher; la dilatation du col était un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs; il constata une rétroversion de la matrice et l'existence du placenta au centre de l'orifice. L'hémorrhagie se reproduisant, il introduisit aussitôt un nouveau tampon d'étoupes imbibé d'une légère solution de perchlorure de fer, et prescrivit une cuillerée de la potion suivante :

Pr.	Perchlorure de fer à 30°.	20 gouttes.
	Sirop simple	30 gr.
	Eau de tilleul..........	100 gr.

Après une demi-heure d'attente, M. Limouzin essaye une nouvelle exploration; il trouve cette fois le col plus dilaté et arrive sur le placenta, qu'il décolle sur la partie postérieure du col; à l'aide du doigt introduit dans la matrice, il rompt les membranes, et, ayant acquis la certitude de la mort de l'enfant, il décolle et extrait le placenta. L'application du forceps fit le reste.

Les jours suivants, les choses se passent assez bien; mais, le neuvième jour, la malade est prise d'un frisson des plus violents, bientôt suivi de réaction fébrile intense, et de tous les symptômes du début d'une fièvre puerpérale, avec prédominance de symptômes d'adynamie. M. Limouzin administre une cuillerée de la potion à la résine de quina, comme on le prescrit à Montpellier. La potion a été continuée à la dose d'une cuillerée toutes les trois heures; et, sous l'influence de ce médicament, tous les symptômes alarmants se sont dissipés; le pouls est devenu normal et la diarrhée a totalement disparu. La malade s'est complétement rétablie, après une convalescence de huit jours. (*Montpellier méd.*, janvier 1863.)

Emploi du picronitrate de potasse comme ténifuge. Il y a quelques mois, le docteur Friedrich, d'Heidelberg, signalait, dans les Archives de Virchow, l'action bienfaisante du picronitrate de potasse contre les trichines. Nous aurons à revenir prochainement sur ce sujet encore peu connu. Aujourd'hui nous nous bornons à signaler l'emploi du même moyen dans une affection bien plus commune, la présence du ténia chez l'homme.

« Une femme de trente ans, jadis bien portante, dit le docteur Walter, d'Offenbach, était atteinte depuis plusieurs années de ténia solium. J'avais employé inutilement chez elle, pendant quinze mois, tous les ténifuges connus, voire même la racine d'écorce de grenadier, considéré par plusieurs comme infaillible. Le 13 novembre 1862, je lui fis prendre chaque jour cinq pilules, contenant chacune 5 centigrammes de picronitrate de potasse. Le 20, j'obtins l'expulsion du ver entier avec la tête. Je n'avais fait observer pendant ce temps à ma malade ni diète ni régime particulier. Au bout de quatre jours d'usage du médicament, la malade présentait, comme cela s'observe toujours, l'aspect d'une ictérique. »

Il y aurait peut-être lieu d'essayer de ce nouveau remède dans les cas où les ténifuges les plus vantés restent sans effet. (*Arch. für pathol. Anat. und Physiol.*, t. XXVI, cahiers I et II, p. 221.)

VARIÉTÉS.

RESTAURATION DE L'APPAREIL DE LA VISION (1).

De la prothèse à la suite de l'extirpation des paupières et du globe oculaire.

Les progrès des arts industriels permettent-ils aux ocularistes de pratiquer aujourd'hui des restaurations interdites à leurs devanciers ? C'est une question que nous sommes conduit à nous poser, en les voyant entreprendre d'atténuer la difformité produite par l'extirpation des paupières et du globe oculaire.

(1) Suite et fin, voir le numéro du 15 décembre 1862, t. LXIII, p. 529.

Dans le coup d'œil que nous avons jeté sur l'historique des yeux artificiels, nous avons rappelé ce qui avait été fait dès la plus haute antiquité jusqu'à ce siècle, pour la construction des *ecblepharos*. En face des résultats fournis par la prothèse, il y a à peine trente années, nous n'avons pas hésité à rappeler que l'art avait des limites que les plus ingénieux procédés ne pouvaient franchir. Mais les mutilés ne veulent pas accepter ces jugements de la science, et poussent les artistes à renouveler leurs essais, dans l'espérance qu'ils arriveront à triompher même des impossibilités. C'est d'une tentative de ce genre qu'il nous reste à consigner les résultats; mais, dans ce cas, l'incitation est partie du chirurgien.

Obs. *Cancroïde des paupières ayant détruit le globe oculaire. Extirpation des parties envahies. Application d'un* ecblépharos. — En juillet 1856, une femme d'environ trente ans se fait admettre à l'hôpital de la Pitié pour y être traitée d'une ulcération qui avait détruit et les paupières et le globe oculaire gauches. Il ne restait qu'une seule ressource pour triompher de ce mal, celle d'enlever toutes les parties envahies par l'affection cancroïdale. M. Maisonneuve propose cette opération à la malade, mais cette femme la repousse, à cause de la difformité qui doit en être la suite et qui l'empêchera de continuer d'exercer sa profession. M. Maisonneuve ne parvient à triompher de la résistance de la malade qu'en lui promettant de lui faire construire une pièce prothétique qui masquera sa mutilation.

L'opération est pratiquée, et lorsque la cicatrisation des parties est complète, le chirurgien mande M. Boissonneau fils et le prie de se charger de réaliser la promesse qu'il a faite à la malade.

Le globe oculaire et tous les tissus environnants, ainsi que les deux paupières, dans une étendue limitée à peu près par le bord osseux de la cavité orbitaire, avaient été enlevés, de sorte que cette cavité était béante et donnait à la physionomie de cette femme un aspect repoussant. Dans ce cas, la prothèse du globe ne pouvait suffire, il fallait remplacer les paupières, maintenir la pièce dans une situation convenable et d'une manière assez solide pour que la malade pût continuer son travail sans crainte de la voir tomber, et sans qu'elle en éprouvât aucune gêne.

M. Boissonneau proposa à M. Maisonneuve de remplacer toute la région palpébrale à l'aide d'une plaque de métal léger (aluminium ou argent), à laquelle on ferait prendre la forme convenable à l'aide du *repoussé*, et que l'on recouvrirait d'une couche de peinture couleur de chair. Un œil artificiel de forme convenable serait fixé entre les deux paupières métalliques. Deux moyens existaient pour maintenir la pièce sur la région, ou de la fixer à une paire de lunettes, ou d'y adapter un ressort qui embrasserait la partie postérieure de la tête.

Cet appareil paraissant réunir les conditions du succès, M. Maisonneuve engagea M. Boissonneau à l'exécuter. Après avoir pris l'empreinte de la région, M. Boissonneau se concerta avec M. Charrière, qui se chargea de faire construire la partie métallique de la pièce, pendant que lui s'occuperait de la coque oculaire en émail.

Les contours extérieurs de la plaque métallique devaient suivre toutes les sinuosités de la région orbitaire, recouvrir celle-ci entièrement, et aller prendre leur point d'appui sur les parties saines. Cette pièce terminée et essayée, M. Boissonneau adapta dans l'ouverture palpébrale ménagée dans cette pièce un œil d'émail, dont les couleurs et la convexité étaient semblables à celles de l'œil sain. Cette coque artificielle fut maintenue derrière les pau-

pières à l'aide d'une sertissure, c'est-à-dire de la même manière que les bijoutiers fixent les pierres dans le chaton des bagues. Un peintre fut chargé ensuite de donner aux paupières métalliques une coloration dont la teinte fût en harmonie avec celle des parties environnantes (1).

Il restait à fixer solidement cette pièce sur la région qu'elle devait masquer. M. Charrière partageait l'avis émis tout d'abord par M. Boissonneau, de la maintenir à l'aide d'une monture de lunettes dont les cercles devaient servir à mieux dissimuler les contours de la plaque. La figure 13 représente ce modèle; mais la malade, par un sentiment de coquetterie exagéré, repoussa l'emploi des lunettes et réclama l'usage d'un ressort d'acier qui fut fixé au bord externe de la plaque métallique et alla prendre son point d'appui derrière la tête.

L'appareil placé, cette femme disposa ses cheveux en bandeaux de façon à recouvrir le resso rt, qui se trouvait ainsi caché complétement.

Malade et assistants furent dans l'admiration du résultat obtenu par

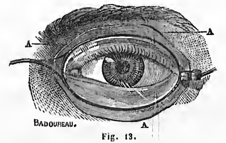


Fig. 13.

M. Boissonneau; mais nous, qui sommes plus familiarisé avec les merveilles de la prothèse, nous sommes plus difficile à satisfaire.

Qu'est-il d'ailleurs advenu dans ce cas? Voici près de cinq années écoulées, et ni M. Maisonneuve, ni M. Boissonneau n'ont revu la malade. N'est-il pas à supposer qu'elle a renoncé à l'usage de sa pièce pour reprendre le classique bandeau?

Les habiles artistes auxquels est confiée la prothèse oculaire ne doivent jamais oublier que le caractère le plus saillant des organes qu'ils sont chargés de restaurer est la *mobilité*, et que toutes les fois qu'ils ne pourront imprimer ce caractère à leurs pièces artificielles, ils doivent s'abstenir, car ils ne font que transformer la difformité qui existe en une autre difformité qui, pour être moins choquante, n'attire pas moins l'attention.

Les mutilés n'en ont pas toujours, et surtout tout d'abord, la conscience. Ainsi, dans les cas d'*ceblépharos*, lorsque la pièce est bien faite, comme celle dont nous venons de reproduire la figure, les malades, en se regardant dans une glace, ont lieu d'être satisfaits de la restauration qu'ils viennent de subir. Le parallélisme des deux yeux, le degré d'ouverture identique des paupières, font que la difformité disparaît complétement pendant la durée de l'acte; mais pour les spectateurs il n'en est pas de même. Cet œil, toujours fixe et immobile est d'un aspect des plus pénibles, et nous ne nous étonnons nullement que la construction de ces pièces soient un des faits rares de la prothèse oculaire.

(1) Une couche de cire prêterait davantage à l'illusion; mais, comme elle dure beaucoup moins longtemps, son emploi peut convenir seulement pour les pièces de luxe.

Si nous avions à diriger une semblable tentative, nous préférerions faire clore la paupière à demi, car l'apparence d'une paralysie de la paupière supérieure serait moins choquante, moins disgracieuse, à nos yeux du moins, que cet œil immobile et largement ouvert.

Nous résumerons cette note en disant :

Le grand progrès accompli par la prothèse oculaire depuis ces vingt-cinq dernières années, consiste moins dans l'emploi de nouvelles matières pour la construction des pièces artificielles, comme quelques ocularistes voudraient le faire croire, que dans une étude plus attentive, par ces artistes, des modifications éprouvées par la cavité oculo-palpébrale, à la suite de la destruction du globe de l'œil. Cette étude leur a permis une adaptation plus parfaite des pièces artificielles. Ainsi, grâce à l'échancrure des bords de ces pièces au niveau des adhérences et des brides cicatricielles, ils sont parvenus à leur conserver une grande partie des mouvements qui leur sont imprimés par le moignon oculaire.

A cette disposition des pièces modernes, nous pouvons ajouter celle non moins ingénieuse et qui consiste en ce que l'un des bords des coques en émail se trouve prolongé de façon à aller prendre un point d'appui en arrière des replis cicatriciels, en même temps que sur les contours de la cavité orbitaire, ainsi que nous en avons produit des exemples.

Mais, de tous ces progrès, le plus remarquable et le moins remarqué, car il faut se trouver aux prises avec les difficultés pour savoir les apprécier, c'est l'adaptation des yeux artificiels sur des moignons oculaires volumineux ou dont la cornée n'a pas été détruite. Les coques doivent présenter alors une conformation particulière. En effet, la hauteur de la pièce est limitée, car sa saillie entre les paupières ne doit pas être plus considérable que celle de l'œil sain ; il faut donc avoir recours à un autre artifice pour prévenir tout contact entre la cornée et le fond de la coque d'émail. Voici la manière dont les ocularistes habiles, et ils sont peu nombreux, parviennent à triompher de cette difficulté.

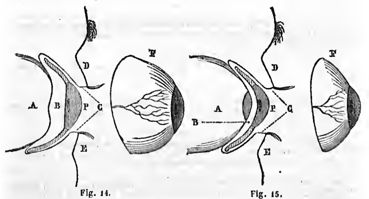


Fig. 14. Fig. 15.

Explication des planches. — A, globe oculaire. — B, intervalle qui sépare celui-ci de l'œil artificiel. — P, coupe de la coque d'émail qui prend son point d'appui sur le fond du sillon conjonctival inférieur. — D, paupière supérieure. — E', paupière inférieure. — F, dimensions de l'œil artificiel adapté dans chacune de ces circonstances.

Dans les pièces prothétiques ordinaires, comme dans l'œil humain, la lamelle d'émail qui représente l'iris B, est située verticalement à 3 ou 4 millimètres en arrière du point le plus saillant de la courbe formée par la cornée transparente

I', de sorte que le diamètre antéro-postérieur de la coque artificielle se trouve diminué de l'étendue de la chambre antérieure de l'œil (fig. 14). Le degré d'atrophie que subit le globe oculaire A dans la plupart des cas où sa fonction est abolie par un traumatisme, permet de conserver aux coques en émail la conformation de l'œil normal. Mais, lorsque le globe oculaire reste volumineux, ou qu'il se produit un staphylôme de l'iris ou de la cornée d'un petit volume, ce mode de construction de l'œil artificiel n'est plus possible. L'oculariste doit s'arranger de manière à ce que la lamelle d'émail qui représente l'iris, au lieu d'être verticale, affecte une forme bombée, comme dans les cas où, dans l'œil normal, ce disque membraneux est repoussé en avant par l'augmentation de volume du cristallin (fig. 15). De cette façon, la profondeur de la coque d'émail est accrue de l'étendue de la saillie de la chambre antérieure; et si l'artiste a pris en même temps le soin de donner à sa pièce toute l'ampleur possible sans qu'il en résulte, lorsqu'elle est placée sous les paupières, l'apparence d'une exophthalmie, il arrive à céler des difformités qui, il y a à peine vingt années, étaient regardées comme irrémédiables. L'observation de la dame restée pendant huit années confinée dans son appartement, en est un exemple, et nous croyons devoir reproduire le dessin de la pièce qui lui fut adaptée par M. Boissonneau fils (fig. 16). Dans nos démonstrations nous préférons les faits aux assertions; car, ainsi que l'a fait remarquer un philosophe de l'antiquité : un fait est un raisonnement, plus une preuve.

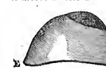


Fig. 16.

Ce que nous avons dit de l'immobilité des pièces artificielles, nous devons ne pas craindre de le répéter, s'applique aux *ecblépharos* seulement; car, dans les cas où les coques d'émail peuvent être introduites dans la cavité orbitaire, alors même que les muscles sont détruits, l'action des paupières suffit pour imprimer à l'œil artificiel de légers mouvements qui rendent l'œuvre prothétique utile.

M. Ch. Martins, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences (section d'économie rurale).

Le concours pour l'agrégation en médecine ouvert à la Faculté de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Jaccoud, Racle, Alf. Fournier et Bucquoy.

Un concours pour quatre places de chef de clinique ouvrira le 14 mars prochain. Les inscriptions et les titres des candidats seront reçus au secrétariat de l'Académie jusqu'au 13 inclusivement.

Sont nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels : de l'arrondissement de Laon, M. Guipon; de l'arrondissement de Brest, M. Penquer; de l'arrondissement de Vassy, M. Alipe.

M. le docteur Doumic est nommé médecin de la maison centrale de Poissy en remplacement de M. le docteur Lefèvre, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

L'enseignement privé s'élargit chaque jour. On nous apprend que M. le docteur Diday ouvrira le mercredi 4 mars, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours public sur l'*histoire naturelle de la syphilis*. Ce cours aura lieu en trois leçons, qui seront faites les mercredis suivants à la même heure.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la nature et le traitement diététique de l'albuminurie.

La nature intime de l'albuminurie touche aux questions les plus mystérieuses de la nutrition ; aussi l'on s'explique aisément et le nombre des hypothèses ingénieuses qui ont été présentées sur ce sujet, et l'impuissance d'aucune d'elles à embrasser l'ensemble des faits acquis à l'observation. On peut rattacher à trois chefs principaux ces théories diverses et les résumer de la manière suivante :

1° La cause de l'albuminurie dépend d'une altération particulière de l'albumine du sérum, laquelle se fluidifie et devient susceptible de transsuder à travers les parois vasculaires ;

2° Elle tient à une maladie des reins, maladie caractérisée anatomiquement par le rejet de gaînes épithéliales, d'exsudations granulées et de tubes fibrineux transparents, en même temps que par la nature albumineuse des urines ;

3° L'albuminurie apparaît sous l'influence de modifications des centres nerveux, inconnues dans leur nature, mais analogues à celles qui produisent certaines glycosuries exagérées ou permanentes.

Examinons ce qu'il peut y avoir de fondé dans chacune de ces théories.

L'albumine, comme on le sait, est tenue en dissolution dans l'eau du sérum, dont elle constitue, avec les sels, la partie solide. La quantité d'albumine contenue dans le sang est de 6,7 pour 100 parties. La persistance de ses proportions normales est d'un tel intérêt physiologique, que la nature s'est entourée de précautions pour l'assurer. C'est ainsi que les principes les plus essentiels des aliments, la fibrine, la légumine, la caséine, etc., ont été doués de la propriété de se transformer finalement par l'élaboration digestive en albuminose, susceptible de renouveler l'albumine du sang; c'est ainsi également que ce principe abonde dans l'alimentation, principalement dans l'alimentation végétale, et que le sang trouve dans celle-ci une nouvelle source pour remplacer l'albumine employée à la nutrition des tissus. L'albumine importée par l'alimentation, celle créée par la transformation des autres principes protéiques, tels sont donc les moyens d'entretien de l'albumine du sérum. Dans l'état physiologique, ses pertes se réduisent aux exsudations interstitielles du plasma destiné à la réparation des tissus ; mais dans l'état morbide, d'autres voies sont ouvertes à cette déperdition, et les épanchements séreux, les

sécrétions purulentes, et par-dessus tout l'albuminurie, entraînent au dehors de l'économie des quantités d'albumine quelquefois très-considérables, d'où la production de phénomènes morbides particuliers dus à la désalbumination du sang. Un des plus saillants et des plus habituels consiste dans la production d'hydropisies diverses, cavitaires ou interstitielles, qui peuvent s'accompagner d'accidents encéphalopathiques plus ou moins graves.

Comment se fait-il que le sang de l'artère rénale qui, normalement, traverse le rein sans laisser transsuder l'albumine de son sérum, vienne à excréter ce produit en quantité assez notable pour que la composition du sang en soit gravement altérée? L'hypothèse un peu mystique de changements dans la manière d'être fonctionnelle du système nerveux cérébro-spinal s'est évidemment inspirée des faits de physiologie pathologique relatifs à la glycosurie; elle est du nombre de ces explications qu'il est aussi difficile de prouver que d'infirmer, tant les raisons sur lesquelles on les appuie sont peu saisissables de leur nature. Cette théorie de l'albuminogénèse, défendue surtout avec talent par M. Hamon, manque jusqu'ici de cette consistance que des faits empruntés à la physiologie expérimentale et à la pathologie peuvent seuls lui donner. On s'accorde assez généralement maintenant à admettre que l'albuminurie permanente est toujours le résultat d'une altération matérielle du rein, et le microscope, comme nous l'avons dit, a trouvé la caractéristique de cette altération dans l'excrétion de produits ayant des formes déterminées de tubes ou de cellules. Mais on peut objecter à cette manière de voir que l'albuminurie passagère doit se produire par un *mécanisme sécrétoire* identique avec celui de l'albuminurie chronique, et que, si l'on constate dans la première l'intégrité du rein ou un état congestionnel insignifiant, il faut bien se refuser à accorder à l'altération du tissu de cet organe une importance bien réelle sur l'albuminogénèse. Ne serait-ce pas bien plutôt que cette altération du rein est due à l'excrétion de l'albumine elle-même, et qu'elle est d'autant plus avancée que l'albuminurie est plus ancienne? La néphrite albumineuse descendrait ainsi du rôle de cause à celui d'effet, et la présence de l'albumine dans les urines se rattacherait à une altération plus générale de l'économie, probablement à une altération du sang. En quoi consiste celle-ci? Vraisemblablement dans une modification inappréciée jusqu'à présent dans les qualités de l'albumine du sérum, modification en vertu de laquelle elle transsuderait à travers les pores des vaisseaux. C'est là l'opinion que nous adopterions volontiers; mais, pour ne pas montrer plus de

complaisance pour notre théorie que pour celle que nous combattons, nous dirons qu'elle ne sera irréfragable que quand on aura démontré que les autres sécrétions charrient également des quantités anormales d'albumine, car le sang, altéré de la même façon dans tous les ordres de capillaires, devrait y produire des extravasations identiques. Mais c'est assez insister sur des hypothèses dont aucune ne satisfait complétement l'esprit. L'avenir dégagera probablement cette inconnue, mais la thérapeutique ne s'arrange pas de ces atermoiements commodes et met au-dessus de la théorie la plus séduisante un résultat pratique net et précis. Or, à quoi, dans l'état actuel de la science, se réduit son bilan de ressources contre l'albuminurie chronique ? Au traitement général des hydropisies, aux diurétiques, aux purgatifs, aux sudorifiques, au trocart, c'est-à-dire à des palliatifs d'une portée d'action restreinte et à quelques spécifiques empruntés aux diverses catégories précitées et dont aucun n'a tenu les promesses faites en son nom. L'idée que nous avons émise tout à l'heure sur l'étiologie toute humorale de l'albuminurie, a au moins cet avantage pratique de porter l'esprit vers quelque chose de plus général qu'une altération des tubes urinifères, d'y voir une déviation de la nutrition tout entière et de chercher dans les modificateurs de celle-ci les moyens thérapeutiques à mettre en usage. Or, à part certaines indications de second ordre, que les évacuants sudorifiques et purgatifs sont susceptibles de remplir avantageusement, on peut dire que l'albuminurie est plutôt justiciable de la diététique que des médicaments.

Nous nous sommes efforcé récemment, dans un ouvrage spécial, de tracer le champ des applications des différentes *diètes*, ou *régimes exclusifs*, et de faire ressortir la puissance de ces moyens thérapeutiques, qui changent de fond en comble l'économie de la nutrition et agissent avec d'autant plus d'énergie qu'on peut en prolonger l'emploi davantage. « Quand on songe, avons-nous dit, que le sang a sa source directe dans l'alimentation et que les modifications intervenues dans sa composition se subordonnent directement la manière d'être fonctionnelle ou statique de tous les organes, on se fait une idée de la portée d'action des diètes exclusives. Que sont, en effet, en comparaison d'un pareil levier, tels ou tels médicaments qui ont chacun leur électivité spéciale, mais restreinte, dont l'action passagère se fait sentir à peine quelques heures et que l'organisme détruit ou élimine au plus vite ? Un régime exclusif suscite au contraire une perturbation nutritive durable, à la faveur de laquelle la chimie interstitielle des tissus doit être modifiée dans ses opérations,

comme le plasma, qui lui fournit ses matériaux, l'est dans sa composition et dans ses qualités. Certes, s'il est permis d'espérer que ces affections, dont l'incurabilité proverbiale se dresse devant la pratique comme un mur infranchissable, c'est sur la diététique alimentaire qu'il faut surtout compter pour la réalisation de ce progrès. Pourquoi donc oublions-nous si facilement les données précieuses que les anciens nous ont laissées à ce sujet, et nous obstinons-nous à confier aux seuls médicaments le soin d'accomplir une tâche à laquelle ils ne peuvent manifestement suffire ? C'est que nous avons peine à nous imaginer que l'organisme puisse être ému ou modifié par des substances dont l'action physiologique est si douce, si inoffensive, et que nous voyons difficilement un agent curatif là où manquent des propriétés toxiques dangereuses. Nous serions heureux que ces considérations pussent contribuer à ramener les idées thérapeutiques vers l'utilisation de moyens qui, loin d'exclure la thérapeutique médicamenteuse, lui viennent au contraire singulièrement en aide [1]. » Nous ne dirons pas que cet appel a été entendu (ce serait accorder à nos idées une importance qu'elles n'ont pas); mais au moins a-t-il été fait en temps opportun, car, de tous côtés, nous voyons les moyens tirés de la diététique alimentaire reprendre dans le traitement des maladies le rang qui leur est légitimement dû. Nous ne nous occuperons pour le moment de ce retour salutaire vers l'hygiène thérapeutique qu'en ce qui concerne l'albuminurie, qu'on peut appeler *permanente*, par opposition avec celle due à des modifications physiologiques ou morbides essentiellement passagères et qui est amovible de sa nature, comme la cause qui la produit.

Une première question à résoudre est celle-ci : Existe-t-il des aliments qui augmentent ou diminuent l'albuminurie ? Les recherches intéressantes consignées par M. Hamon dans une note sur l'albuminogénèse, communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 29 avril 1862, ne permettent pas d'en douter. Cet observateur, essayant comparativement à ce point de vue des aliments très-divers, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'influence de l'alimentation sur l'excrétion de l'albumine est très-complexe ; il faut non-seulement tenir compte de la nature de l'aliment ingéré et du règne dont il est tiré, mais encore de l'espèce même à laquelle il appartient, des proportions suivant lesquelles

---

[1] *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires*, p. 512.

il est consommé, de l'apprêt culinaire qu'il a subi, des conditions digestives du moment, des aptitudes individuelles ;

2° Les œufs nous sont d'une digestion très-facile et n'exercent qu'une très-légère influence albuminogénique ; cuits durs, au contraire, ils réalisent les conditions diamétralement opposées;

3° Le régime végétal ne saurait être classé d'une manière générale sous ce rapport. Ainsi les épinards, les asperges, l'oseille, les choux-fleurs, les légumes herbacés en général, n'influencent pas l'albuminurie ; les légumes fibreux ou secs, réfractaires à la digestion, comme les betteraves, les pois secs, les pommes de terre, etc., augmentent notablement l'excrétion de l'albumine ;

4° Le lait, le vin rouge ou blanc, n'ont guère d'influence sur l'albuminurie. Il en est de même du pain blanc, mais le pain grossier l'augmente d'une manière notable. M. Hamon place les œufs mous et le pain bis aux deux extrémités d'une échelle de graduation dressée sous ce rapport. Le café augmente aussi légèrement les pertes d'albumine.

Ces résultats, pour incomplets qu'ils soient, présentent néanmoins un intérêt réel ; ils ont pour base une évaluation physique d'une certitude irréfragable, et, quand ils auront été bien constatés, ils permettront de substituer au régime des albuminuriques, empiriquement prescrit d'ordinaire, une alimentation rationnelle, jouant son rôle dans le traitement.

Avant de connaître le travail de M. Hamon, et partant de ce fait que les hydropisies de la maladie de Bright sont le résultat de la désalbumination du sang, nous avions eu la pensée de soumettre les albuminuriques à une sorte de régime albumineux composé principalement d'œufs mous et d'eau albumineuse. Ce régime nous a paru amener une modification favorable dans l'état des malades, qui le supportent assez bien ; mais nous n'avons pas d'analyses quantitatives à fournir à l'appui de cette assertion. Si M. Hamon a constaté que les œufs mous augmentent d'une manière *peu sensible* les proportions d'albumine rejetée par les urines, il faut en conclure qu'une certaine partie de l'albumine des œufs est séparée par le rein ; mais rien ne dit qu'une grande portion de celle-ci ne reste dans le sang et ne compense la désalbumination du sérum. M. Cl. Bernard, injectant du sérum ou de l'eau albumineuse dans les reins d'animaux sains, a produit de toutes pièces une albuminurie passagère ; mais cette expérience, qui l'a autorisé à conclure que l'albumine des aliments et celle du sérum n'étaient pas de nature identique, ne prouve rien contre l'utilité des aliments albumineux dans la maladie

de Bright. Autre chose, en effet, est une injection qui pénètre brutalement dans les vaisseaux et y porte un liquide albumineux, sans que celui-ci ait préalablement subi l'élaboration digestive, ou bien un aliment qui n'arrive dans la circulation que préparé, quelquefois même complétement modifié.

Concluons de ces données que l'alimentation de l'albuminurique doit être formulée avec autant de précision que celle du glycosurique. On y arrivera aisément quand les expériences de dosage do l'albumine, dans des conditions très-variées de nourriture, se seront suffisamment multipliées.

L'hygiène thérapeutique peut-elle pousser plus loin ses prétentions, et, par la persistance dans l'emploi de certaines diètes exclusives, arrivera-t-on quelquefois à guérir l'albuminurie ou du moins à en modifier très-nettement la marche? Des faits nombreux, publiés dans ces dernières années, permettent de répondre à cette question par l'affirmative. Examinons successivement à ce point de vue les diètes spéciales qui ont été plus particulièrement expérimentées, à savoir : la diète sèche ou xérophagie, la diète végétale et la diète lactée.

La diète sèche basée, comme on sait, sur la privation de boissons poussée aussi loin que possible, a été très-fréquemment employée dans le traitement des hydropisies, et l'on comprend très-bien que la succion énergique exercée par le système circulatoire sur l'eau des séreuses ou du tissu cellulaire, en active singulièrement la résorption. L'influence de ce régime spécial est, au reste, parfaitement démontrée par l'expérience. Mais, s'il modifie les épanchements séreux, peut-il exercer également une action favorable sur l'albuminurie, à laquelle ils se rattachent si souvent? Nous avons recueilli et publié dans ce journal une observation qui montre que la diète sèche peut réaliser ce résultat, et nous avons cherché à théoriser ce fait, en invoquant la puissance de l'habitude sur la fonctionnalité des appareils sécréteurs, qui, par cela seul qu'on a modifié temporairement leur manière d'être, peuvent recouvrer définitivement leur jeu normal. N'est-il pas infiniment probable, au reste, que bien des observations d'hydropisie ascite et d'anasarque, guéries par la diète sèche et publiées antérieurement aux travaux sur l'albuminurie, se rattachaient à cette dernière condition organique? N'agirait-elle pas au reste sur la désalbumination du sang, la diète sèche, en diminuant l'abondance des épanchements séreux, aurait encore une efficacité réelle contre ces affections.

La diète végétale a été aussi quelquefois employée contre l'ana-

sarque albumineuse, tantôt avec un succès incomplet, tantôt avec un succès définitif. Il est par malheur difficile de suivre assez longtemps les malades après la disparition de l'hydropisie, pour pouvoir constater toutes les récidives qui se produisent; mais, comme nous le dirons tout à l'heure, il suffit d'avoir reconnu que les épanchements diminuent rapidement et à peu près constamment sous l'influence d'un régime exclusif, pour être autorisé à penser qu'employé à une époque où l'albuminurie ne coïncide pas avec des désordres irrémédiables des reins, ce moyen pourra procurer une guérison complète. Notre confrère M. le docteur Lecoq vient de nous communiquer une observation d'hydropisie albuminurique modifiée très-favorablement par la diète végétale. Voici les principales circonstances de ce fait, qui a d'autant plus de valeur que ce traitement diététique n'est venu qu'après l'emploi infructueux d'autres moyens. Il s'agissait d'un soldat d'infanterie de marine atteint d'anasarque et d'ascite se rattachant à une maladie de Bright assez récente. Le tannin à hautes doses, administré suivant la méthode de M. Garnier, avait paru d'abord modifier les accidents ; mais l'épanchement du ventre était resté stationnaire, et au bout de quelque temps l'anasarque était revenu à ses premières proportions. Le tannin, porté successivement jusqu'à 5 grammes par jour, demeura cette fois sans effet, et on remplaça cette médication par la diète végétale. Le malade la toléra à merveille, et au bout de quelques jours il y avait déjà une notable diminution des épanchements, en même temps qu'une amélioration corrélative se produisait dans l'état général ; elle devint telle que le malade, considéré comme dans un état désespéré au début du traitement, put être mis en possession d'un congé de convalescence et renvoyé dans ses foyers. Il a été perdu de vue depuis cette époque, mais le mieux s'était produit avec une telle rapidité, que l'influence favorable de la diète végétale ne pouvait être mise en doute, et ce cas cependant était particulièrement désavantageux, puisque la maladie de Bright datait de cinq mois et que le malade, déjà très-affaibli, avait dû subir une première ponction. La guérison aurait peut-être été obtenue d'une manière complète dans des conditions meilleures.

Comment agit la diète végétale dans l'albuminurie? D'abord, par une perturbation nutritive qui ne peut manquer, comme tout changement radical dans la nourriture, de modifier profondément la sécrétion urinaire, et puis ensuite par la propriété qu'ont les aliments qui la composent de fournir à l'économie une quantité considérable d'albumine et de suppléer ainsi celle qu'elle perd par l'excrétion

urinaire. Et ici les recherches de M. Hamon, que nous avons citées plus haut, doivent être prises en considération pour choisir dans la classe des aliments végétaux ceux qui, en même temps qu'ils abondent en albumine végétale, n'augmentent que peu ou point l'albumine.

Les deux diètes spéciales que nous venons de passer en revue ont, au point de vue de l'albuminurie, une influence qui s'efface complétement devant celle de la diète lactée.

On sait que l'emploi du lait, comme régime exclusif, constitue un traitement déjà ancien de l'hydropisie, quelle que soit, par ailleurs, la cause à laquelle elle se rattache; Horstius, Hilden, Bontius, Mauriceau, etc., ont successivement exalté l'efficacité de ce traitement, qui resta dans la pratique vulgaire, comme tant de bonnes choses oubliées, jusqu'en 1831, année où M. Chrestien, de Montpellier, remit ce moyen en honneur, et prouva qu'il procurait souvent des succès là où toutes les autres ressources venaient à échouer. Depuis, MM. Serres, d'Alais, Claudot, Ossieur, Dieudonné, etc., sont arrivés à des résultats tout à fait confirmatifs de ceux signalés par Chrestien, et le *Bulletin de Thérapeutique* n'a pas manqué d'enregistrer avec soin tous les faits qui ont été produits en faveur de cette méthode. Les travaux précités n'envisageaient l'ascite ou l'anasarque que d'une manière générale, et abstraction faite de la cause qui les produit; et bien qu'on doive admettre que, dans ces résultats, l'hydropisie albuminurique peut revendiquer un certain nombre de faits, elle n'avait guère été étudiée d'une manière spéciale, au point de vue du régime lacté, jusqu'au travail très-remarquable inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LIII, p. 337) par M. Guignier, agrégé de la Faculté de Montpellier, et à celui publié par M. Artigues, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie militaire*. M. Guignier s'est attaché avec un soin louable à spécifier les cas dans lesquels la méthode de Chrestien est indiquée ou contre-indiquée. Il la croit utile quand il existe un fonds d'hypersthénie, nuisible au contraire quand les hydropisies ont le caractère passif, asthénique, que les malades sont très-débilités. Il nous serait difficile de juger de la valeur de ces distinctions et de la possibilité de les asseoir dans le plus grand nombre des cas, et nous croirions bien volontiers que, si les hydropisies hypersthéniques s'accommodent mieux de la diète lactée, cela vient uniquement de ce qu'elles sont plus rapprochées de leur début et que la constitution du malade offre alors plus de ressources. M. Guignier ne préconise pas au reste contre l'albuminurie la méthode de Chrestien,

mais bien celle de M. Serres, d'Alais, fondée, comme on sait, sur l'association de ces trois moyens : 1° diminution des boissons; 2° régime lacté ; 3° usage d'oignons crus. Il formule ainsi ce traitement : choisir le lait avec un soin méticuleux, au point de vue de sa fraîcheur et de sa qualité ; substituer un lait à un autre, quand les malades tolèrent mal le premier ; les laisser libres de fixer la quantité de cette boisson (cette pratique s'écarte de celle de M. Serres, d'Alais) ; associer la chaux ou la magnésie à l'usage du lait quand il provoque des aigreurs ; renoncer à ce traitement au bout de vingt jours, s'il n'a pas produit une amélioration manifeste. M. Guignier, sans attacher une grande importance à l'emploi des oignons crus, estime cependant que leur propriété diurétique est avantageuse et que, quand l'estomac les tolère, ils doivent faire partie du régime lacté.

Les faits allégués par M. Guignier étaient déjà très-significatifs en faveur de la diète lactée ; et, tout en s'associant à ses réserves prudentes, relativement à la possibilité, une fois les épanchements séreux résorbés, de voir l'albuminurie qui les a produits disparaître à son tour, on ne pouvait cependant se défendre de cette impression que le lait constitue un des moyens de traitement les moins inefficaces de l'hydropisie albuminurique. Les observations publiées par M. Artigues, médecin principal de l'armée, fournissent un témoignage encore plus décisif en faveur de cette médication. Il cite, en effet, deux cas de guérison confirmée, sans rechute depuis trois ans. La méthode de M. Serres est celle qu'a suivie M. Artigues, sans s'en écarter en rien ; c'est aussi, à notre avis, celle qui doit à l'avenir être mise en pratique dans le traitement de la maladie de Bright ; elle réunit, en effet, les avantages de la diète sèche à ceux du régime lacté.

Arrivera-t-on, par ces traitements purement diététiques, à guérir d'une manière définitive ces redoutables affections ? Nous n'en doutons pas, s'ils sont employés de bonne heure, alors que les épanchements sont récents et que l'albuminurie dure depuis trop peu de temps pour avoir produit dans le tissu des reins ces lésions organiques qui sont évidemment au-dessus de toutes ressources. Mais, même dans ces cas où l'art est réduit à une désolante impuissance, l'institution d'un régime exclusif, diète sèche, diète végétale, mais surtout diète lactée, fournira encore des résultats plus favorables que les médications connues jusqu'ici ; aussi avons-nous pensé qu'il était utile d'appeler l'attention sur ces moyens, qui se présentent au reste sous la garantie d'une bénignité parfaite. F.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Réflexions sur la médecine opératoire chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Après avoir été pendant vingt ans chargé du service chirurgical à l'hôpital des Enfants, nous avons eu à faire un assez grand nombre d'opérations pour pouvoir présenter, d'après notre propre expérience, quelques réflexions sur la manière de pratiquer, en général, les opérations dans le jeune âge. 1° Préparation des malades; 2° exécution des opérations; 3° soins consécutifs : tels sont les trois points que nous voulons traiter dans cet article.

1° *Préparation des malades.* — Quelques vices de conformation, des imperforations d'ouvertures naturelles surtout, doivent être opérés sans préparation, à la naissance. D'autres, comme tous ceux qui ne sont pas un obstacle à l'accomplissement des fonctions et au développement de l'enfant, peuvent être opérés à une époque plus ou moins éloignée; tels sont les pieds-bots, les phimosis, les doigts palmés, les doigts surnuméraires, certains becs-de-lièvre compliqués, la division du voile du palais, etc., etc. En général, nous pensons que les opérations, même celles qu'on croit utile de pratiquer de bonne heure, réussiront mieux quinze jours, trois semaines ou un mois après la naissance, époque à laquelle on peut voir si l'enfant se nourrit bien, si ses fonctions s'exécutent convenablement, en un mot s'il est vivace : il y a plus de chances de succès dans ces circonstances qu'un jour ou deux après la naissance. Grâce à ce délai, on peut même, s'il y a lieu de craindre la variole, vacciner l'enfant quelques jours avant de procéder à l'acte chirurgical.

Si les opérations ne sont pas urgentes et peuvent être remises à un temps plus ou moins reculé, il faut, en bonne chirurgie, choisir à l'hôpital et même en ville, l'époque de l'année où il y a le moins de maladies et surtout le moment où il n'y a pas de maladies épidémiques, varioles, rougeoles, scarlatines, diphthérites, etc., etc. Rarement il y aura lieu d'opérer au printemps, comme on le conseillait autrefois ; en général, on devra préférer à cette saison les mois de juin, juillet, août, septembre et même octobre, qui présentent d'ordinaire, actuellement, une température plus régulière et moins variable que dans les autres époques de l'année. Dans ces cas il faut, avant tout, préparer les petits malades par la vaccine, s'ils n'ont pas été vaccinés, et même, ceux qui ont atteint quinze ou seize ans, les

faire revacciner pour plus de précaution; sans quoi, l'on s'expose à voir mourir de variole des opérés en pleine voie de guérison de l'opération qu'ils ont subie.

Nous avons eu occasion de faire, chez un enfant de cinq ans, une désarticulation de la cuisse pour un ostéosarcome du fémur, dont la pièce pathologique est déposée dans le musée Dupuytren : la plaie était presque cicatrisée et la guérison semblait désormais assurée, lorsque l'enfant, qui malheureusement n'avait pas été vacciné, fut pris de variole et mourut trente jours après l'opération.

Il est de la plus haute importance, avant de se déterminer à opérer, que le chirurgien agisse en médecin et examine le sujet avec l'attention la plus scrupuleuse, afin de bien s'assurer s'il n'existe aucune maladie interne, aucune disposition particulière, qui soit de nature à compromettre le résultat de l'opération et la vie du malade. Ainsi, il est extrêmement utile de savoir s'il est sujet aux convulsions, s'il est d'une constitution disposée aux hémorrhagies. On sait qu'il est des individus chez lesquels les plus petites plaies donnent des écoulements de sang extrêmement difficiles à arrêter, et nous avons eu plus d'une occasion de rencontrer la même prédisposition chez des enfants. Dans un cas de ce genre, nous dûmes ajourner une excision d'amygdales chez un petit malade qui avait un purpura hemorrhagica ; ce ne fut qu'après qu'il eût été deux mois durant traité par les astringents, par le fer, que nous nous décidâmes à l'opérer ; malgré cette précaution, après l'excision des amygdales, une hémorrhagie survint qui nous donna beaucoup d'inquiétude. Aussi croyons-nous utile de préparer les enfants sujets aux hémorrhagies par l'usage du perchlorure de fer à l'intérieur, 1 à 2 grammes par jour, pendant huit jours au moins. Une autre fois, nous avons perdu de convulsions, après une excision des amygdales également, un enfant sujet à cette affection nerveuse, auquel on avait pratiqué très-fréquemment des cautérisations de ces glandes pour le guérir de l'hypertrophie dont elles étaient le siége.

Il faut ajouter qu'il est souvent indispensable de préparer les jeunes malades de telle ou telle manière, suivant l'opération qu'on a à leur pratiquer. Ainsi, doit-on établir un anus chez un enfant imperforé, il faut vider la vessie ; doit-on faire la taille, il faut vider le rectum ; dans toutes les opérations, il faut que la digestion soit accomplie et les intestins évacués autant que possible.

Sous le rapport du moral, le plus ordinairement nous n'avons pas à préparer les enfants. Quelques-uns, cependant, ayant l'âge de raison, doivent être amenés à l'opération par le raisonnement,

en leur faisant comprendre que, si on a quelque douleur à leur causer, c'est dans le but de les guérir. Mais la plupart doivent être opérés par surprise. Dans tous les cas, il est indispensable d'être entouré d'aides capables de bien maintenir les malades et de déployer une force proportionnée à celle des patients. Il en est ainsi parfois, même pour un simple examen, celui de la gorge surtout, qu'il faut faire promptement et par surprise, en portant hardiment l'abaisse-langue sur la base de l'organe. Quelquefois, si l'on se propose de se servir du chloroforme, il faudra en essayer l'emploi avant le jour de l'opération.

2° *Exécution des opérations.*—Dans un assez grand nombre de cas, on peut se dispenser d'anesthésier les malades ; pour ouvrir un abcès, pour sonder la vessie, pour toucher le rectum et enlever un petit polype de cette région, nous opérons d'ordinaire sans chloroforme. Il est même des opérations dans lesquelles on doit rejeter l'emploi de cet agent : ainsi, chez des individus très-nerveux, très-impressionnables. Dans quelques cas, alors, on peut faire l'anesthésie locale au moyen du chloroforme, ou mieux de la glace appliquée un certain temps sur le point où l'on doit opérer. Mais il est des cas dans lesquels on ne peut employer aucun anesthésique, par exemple dans les excisions d'amygdales, dans la trachéotomie.

Il est une foule de circonstances où le chloroforme nous paraît très-indiqué, et nous devons dire que, l'ayant mis en usage chez plus de cinq ou six mille enfants, nous ne redoutons jamais d'anesthésier ; mais nous le faisons toujours avec l'instrument Charrière, comme l'a conseillé Robert. Cet instrument permet quelquefois de chloroformer les malades malgré leur résistance. On peut aussi employer l'éponge en champignon, traversée par une ouverture assez large pour laisser passer librement l'air, pendant qu'on la tient devant la bouche. Jamais nous n'avons eu d'accident à déplorer.

Le très-jeune âge n'est pas une contre-indication : nous avons employé le chloroforme chez les sujets les plus jeunes ; entre autres, pour deux cas de hernies étranglées chez deux enfants de moins de quatre mois.

Nous avons souvent endormi, uniquement dans le but d'examiner convenablement les organes malades, des enfants qui, atteints d'affections des yeux, refusaient obstinément d'ouvrir leurs paupières. Nous avons agi de même aussi pour examiner certaines coxalgies très-douloureuses.

Enfin, nous dirons que nous sommes très-désireux de chloroformer dans certaines opérations qui donnent lieu à beaucoup de douleur

et qui surtout demandent beaucoup de précision dans l'exécution, comme la taille, par exemple. Une fois les jeunes patients endormis, qu'ils le soient d'ailleurs incomplètement ou tout à fait, nous avons soin de les faire maintenir pendant que nous procédons à l'opération; car, bien qu'étant insensibles et ne percevant pas la douleur, ils peuvent néanmoins faire des mouvements et gêner ainsi l'opérateur.

Au moment de l'exécution, dans les opérations chez les enfants, nous devons dire que la manœuvre réclame de la part du chirurgien des connaissances d'anatomie plus précises : car, les régions étant moins étendues, les espaces plus petits, il faut souvent limiter les incisions et ne leur donner que la dimension strictement nécessaire. Ainsi, le cou d'un enfant de deux ans, lorsqu'il s'agit de la trachéotomie, ne permet pas d'agir aussi largement que chez l'adulte; l'incision du périnée, chez un sujet du même âge, réclame plus de soins de la part du chirurgien qui pratique la taille. En un mot, on doit bien se persuader, ce que beaucoup de personnes ignorent, que les opérations sont plus difficiles chez les enfants que dans un âge plus avancé.

Dans certains cas, il faut s'écarter du précepte qui recommande d'opérer lentement; car les enfants supportent moins longtemps la douleur que les adultes, et les pertes de sang sont d'ordinaire plus dangereuses chez eux. Ainsi, presque toujours, il faut enlever les amygdales très-rapidement. Dans quelques cas, il importe de pratiquer lestement la trachéotomie, si l'on veut éviter que le malade ne vous meure entre les mains, surtout si des veines sont ouvertes et donnent beaucoup de sang. C'est pour cela que les connaissances anatomiques doivent être positives, afin de permettre au chirurgien d'agir avec une entière confiance.

3° *Soins consécutifs aux opérations.* — La ligature ou la torsion des vaisseaux sont les premiers soins locaux à donner aux opérés; et, à cet égard, lorsqu'on n'a fait qu'un petit nombre de ligatures ou de torsions après une grande amputation ou l'extirpation d'une tumeur qui a nécessité une large perte de substance, nous croyons qu'on se trouvera bien, et nous nous sommes toujours bien trouvé de faire le pansement tardivement, une demi-heure ou une heure après l'opération.

Ce précepte, donné par Dupuytren, a le grand avantage de laisser à la circulation le temps de se rétablir, et prévient les hémorrhagies qui arrivent si souvent quelque temps après le pansement et qui nécessitent le changement de l'appareil, chose très-pénible pour les

adultes et plus pénible encore pour les enfants. Si, après certaines opérations, on croit utile de tamponner la plaie avec du perchlorure de fer, il faut l'employer avec partie égale d'eau, si l'on veut éviter le sphacèle de la plaie.

Nous nous sommes toujours bien trouvé de tenter, dans toutes les opérations, la réunion par première intention.

Fidèle à un précepte donné d'abord pour certains cas par Dupuytren, et généralisé ensuite par Lisfranc, nous avons presque toujours pansé à nouveau nos malades le lendemain de l'opération. Cette pratique, dans laquelle on enlève seulement la charpie et le linge dont on a recouvert les plaies, en respectant les bandelettes et les points de suture, met à l'abri d'une foule d'accidents : l'érysipèle d'abord, en ne laissant pas sur la peau de la charpie imprégnée de sang et de sérosité ; — la rétention de la suppuration entre les lèvres de la plaie, s'il s'en est formé ; — l'étranglement de la plaie, si l'on a trop multiplié ou trop serré les points de réunion, car on peut alors les enlever ou les desserrer. Par ce demi-pansement fait dès le lendemain on reconnaît souvent la cause d'une fièvre qu'on ne s'expliquait pas. S'il y a érysipèle, on peut employer le collodion, qui, dans ces érysipèles traumatiques chez les enfants, nous a souvent réussi. Cette application employée de suite, en y joignant à l'intérieur l'alcoolature d'aconit à la dose de 1 et 2 grammes dans les vingt-quatre heures, nous a quelquefois préservé des résorptions purulentes, accident assez rare, il est vrai, chez les enfants, mais que nous avons observé.

Si les plaies deviennent blafardes, grisâtres, l'application de charpie imbibée de chlorure d'oxyde de sodium étendu d'eau nous a été très-utile ; le jus de citron pur nous a réussi pour donner du jour au lendemain un bon aspect à une plaie de mauvaise nature.

Mais, si les soins locaux que nous venons d'indiquer, si les pansements renouvelés souvent dans le principe lorsqu'il y a beaucoup de suppuration, et faits plus rarement ensuite si la suppuration diminue, sont d'une grande importance pour le succès des opérations, les soins consécutifs généraux sont encore plus nécessaires dans une foule de cas.

En général, lorsqu'il ne survient pas de convulsions, et c'est un accident que nous avons observé rarement, même après les plus grandes opérations chez les enfants, ou s'il n'y a pas d'indications particulières, nous nous sommes bien trouvé de nourrir les malades dès le jour même de l'opération.

Dès le premier jour, il faut présenter le sein aux enfants qui sont

à la mamelle, de préférence au biberon, à moins d'impossibilité; il faut les laisser téter plus ou moins, suivant qu'ils le désirent, mais cependant en mettant deux heures d'intervalle entre chaque fois. Pour les autres enfants, il convient de commencer par une nourriture liquide : d'abord le premier jour du lait ou du bouillon, et dès le lendemain des potages, du vin; puis, graduellement, l'alimentation à laquelle ils étaient habitués, en y joignant quelquefois des toniques, du chocolat, du café, souvent du quinquina sous diverses formes.

Ce régime nous paraît indispensable, si ce n'est quand il existe des maladies internes qui arrivent consécutivement, et qui réclament alors de la part du chirurgien tout à la fois des connaissances médicales, pour ne pas méconnaître ces affections et pour les combattre convenablement; sans cela point de succès en chirurgie.

Ainsi donc, il ne faut jamais perdre de vue qu'avant d'opérer il faut être médecin, chirurgien dans l'exécution, et enfin médecin pour terminer et même pour mener à bien beaucoup d'opérations chirurgicales.

Enfin, tous les moyens que nous venons de préconiser peuvent encore échouer, si l'on néglige d'entourer constamment les malades de soins hygiéniques. Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, les enfants qui sont opérés en ville, chez des parents aisés, qui sont dans des chambres bien aérées et bien chauffées, suivant les indications, sont dans de meilleures conditions que ceux que nous opérons dans les hôpitaux, où de nombreux malades sont réunis dans une même salle, dont l'air est plus ou moins vicié, quoi qu'on fasse.

Remarques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. — Suture moniliforme [1].

Par M. Horand, interne des hôpitaux de Lyon.

III. A l'appui des propositions précédentes, nous pouvons citer trois faits de date récente, puisque la suture moniliforme a été pratiquée depuis peu, mais trois faits qui prouvent son efficacité réelle et qui établissent sa supériorité sur l'anse de la suture à points passés.

Obs. I. *Fistule transversale de 3 centimètres. — Quatre opérations suivant la méthode américaine : la première avec la suture à anse, les trois autres avec la suture moniliforme. — Guérison radicale. — Glace comme hémostatique.* — Stéphanie Eschallier, âgée de vingt-

---

[1] Suite et fin, voir les livraisons précédentes, p. 61 et 115.

sept ans, tisseuse, née à Thel (Rhône), entre le 23 mars 1862 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul (service de M. Desgranges), pour une fistule vésico-vaginale. Cette fistule date de trois mois ; elle survint à la suite d'un accouchement laborieux, qui ne put se terminer qu'à l'aide du forceps.

Examen. Irritation des organes génitaux extérieurs par suite du contact continuel de l'urine. Rougeur s'étendant jusqu'à la racine des cuisses. Plaques tuberculiformes sur les grandes lèvres. Concrétions calcaires adhérentes aux poils de la vulve.

Le vagin a été profondément déchiré, la paroi antérieure et la paroi postérieure à des degrés différents.

Fistule vésico-vaginale comprenant tout le bas-fond de la vessie, depuis l'extrémité profonde de l'urètre jusqu'à 1 centimètre environ de l'insertion du vagin sur le col utérin, une petite bande transversale de ce conduit ayant seule été conservée à ce niveau. La perte de substance, telle qu'on la trouve à l'examen au spéculum, peut être évaluée, d'avant en arrière, à 4 centimètres.

A.—Transversalement, la perforation mesure 3 centimètres ; ses bords diffèrent d'un côté à l'autre : à droite, c'est du tissu de cicatrice lisse et tendu ; à gauche, c'est un débris de vagin, espèce de lambeau pouvant, quand on l'étend, se rapprocher assez notablement du côté opposé.

La forme générale de l'ouverture est assez régulièrement ellipsoïde.

Le col utérin, situé en arrière de la fistule, à 5 centimètres environ du bord, comme nous l'avons dit, est rouge, assez petit, adhérent en quelques points, mais sans déformation bien marquée.

En avant, la déchirure arrive jusqu'à l'extrémité de l'urètre, et sans avoir empiété notablement sur ce canal, qui présente à peu près ses dimensions normales.

Plonge-t-on le regard jusque dans la vessie, on voit que cette cavité est en quelque sorte biloculaire, par suite des tractions exercées par le tissu inodulaire sur le sommet de la vessie qui, en s'abaissant, a constitué une cloison entre deux cavités latérales.

Les dimensions générales de la poche urinaire sont moindres qu'à l'état normal.

B.—La cloison *recto-vaginale* est déchirée dans une assez grande étendue ; le sphincter a été déchiré également, et des plis qui rappellent l'anus jusqu'au mince éperon où commence la cloison recto-vaginale il y a 4 centimètres au moins.

Incontinence des matières fécales, lorsque celles-ci sont liquides, mais rétention des matières quand elles sont solides.

Ecoulement continu des urines, que la malade soit couchée ou debout.

Etat général assez bon.

La malade est préparée à l'opération au moyen de deux purgatifs salins, administrés à un jour d'intervalle, et d'un lavement laxatif, donné le soir de la veille de l'opération.

Le 18 avril, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

1er *temps*. — Avivement périphérique suivant une zone large d'un centimètre ; la paroi vaginale étant seule attaquée et la paroi vésicale, au contraire, étant respectée avec soin.

Le lambeau qui forme le bord gauche de la fistule est conservé et se prête à une réunion suivant l'axe du vagin.

2e *temps*. — Réunion longitudinale au moyen de cinq points de suture métallique.

Les fils métalliques sont placés du premier coup, à l'aide d'une aiguille courbe saisie avec le porte-aiguille à coulisse, et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain.

Au moyen de l'ajusteur de la suture de M. Bozeman, on amène exactement au contact les surfaces avivées, puis on fixe chaque fil avec un fixateur de M. Baker-Brown, en ayant soin préalablement de sécher avec de petites éponges les surfaces avivées.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues ; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération a duré trois quarts d'heure.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger.—Potion diacodée.

Suites. — Les suites de cette opération sont des plus simples ; mais, dès le lendemain, la malade perd quelques gouttes d'urine par le vagin.

Le 28 avril, on enlève les points de suture. A ce moment, l'état de la région opérée est le suivant : la paroi vésico-vaginale est reconstituée ; on la voit et on la sent, tendue, bosselée, offrant çà et là de petits bourgeons cicatriciels. Nulle part on ne peut pénétrer dans la vessie, nulle part on ne sent à découvert la sonde placée dans la poche urinaire. Le vagin a repris sa forme canaliculée, et l'on sent au fond de ce conduit le col de l'utérus en bonne position. Un seul point semble avoir fait défaut à la réunion, c'est le deuxième, en comptant du méat. Là se trouve une dépression plus marquée qu'ailleurs, dépression de laquelle s'échappent pendant l'exploration quelques gouttes d'urine.

La sonde, remise en place dans la vessie, en fait sortir une quantité notable d'urine qui s'y était accumulée pendant cet examen. Son introduction se fait facilement. La pointe de l'instrument ne se heurte contre aucun obstacle jusqu'au sommet de la vessie, où elle rencontre la bride que nous avons décrite et qui la fait dévier.

Le 1er mai, on enlève définitivement la sonde et l'on purge la malade. L'incontinence des urines persiste, mais à un faible degré.

Le 20 juin, la malade sort de l'Hôtel-Dieu. Son état général est satisfaisant. Quant à l'état local, il se résume dans l'existence d'une perforation peu étendue et située au niveau de cette dépression déjà constatée le 28 avril. Cette perforation a environ 5 millimètres de large et 2 millimètres dans le sens vertical. Elle donne passage à l'urine qui s'écoule d'une manière à peu près continue.

Autour de l'orifice fistuleux existe un tissu cicatriciel encore enflammé, qui s'oppose à une nouvelle opération immédiate.

Le 21 août, cette malade rentre dans le service de M. Desgranges.

La fistule a les dimensions qui ont été constatées lors du départ de la malade. Elle mesure donc environ 5 millimètres dans le sens transversal et 2 millimètres dans le sens antéro-postérieur. Les tissus qui entourent la perforation ne sont plus enflammés.

Les symptômes physiques sont toujours les mêmes. Ecoulement d'urine par le vagin. Irritation de la peau qui entoure les organes de la génération.

L'état général est bon.

La malade est préparée à l'opération suivant le mode habituel.

Le 29 août, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

1er *temps*. — Avivement périphérique suivant une zone large d'un centimètre, la paroi vaginale étant seule attaquée et la paroi vésicale, au contraire, étant respectée avec soin.

Détersion de la plaie avec de petites éponges. Application à plusieurs reprises de la glace, comme hémostatique.

2e *temps*. — Réunion au moyen de quatre points de *suture moniliforme*. Les fils métalliques sont placés du premier coup, à l'aide de l'aiguille de M. Startin, et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain. De plus, avant de fixer chacun des fils, on sèche soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues ; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération a duré quarante minutes.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Potion diacodée.

Suites. — Les suites sont assez simples. La malade n'éprouve que quelques coliques, mais elle perd un peu d'urine par le vagin.

Le 5 septembre, on procède à l'ablation des fils métalliques, et l'on constate, tout à fait à droite de la suture, une petite perforation ayant à peine 1 ou 2 millimètres d'étendue. Quelques gouttes d'urine s'échappent par cette perforation, qui devient surtout évidente lorsqu'une injection colorée est poussée dans la vessie. Cet orifice ressemble parfaitement à une piqûre d'épingle sur du papier. Tout autour les tissus sont un peu enflammés.

La sonde est laissée encore à demeure pendant plusieurs jours. L'état général est un peu affaibli. — On prescrit un léger purgatif pour favoriser l'évacuation des selles. — A partir de ce moment, on augmente progressivement le régime de la malade et l'on y joint l'emploi des toniques, tels que vin de pharmacie, sirop de quina.

Le 30 septembre, jour de la sortie de la malade, l'état général est satisfaisant, mais le liquide urinaire s'échappe en quantité presque aussi considérable qu'avant l'opération, et pourtant la fistule est à peine large de 1 ou 2 millimètres.

Le 5 novembre, la malade rentre de nouveau dans la salle Saint-Paul. Son état général est bon. Quant à la fistule, ses dimensions n'ont point changé, elle mesure toujours un peu plus de 1 millimètre. Elle présente en avant une saillie de muqueuse qui paraissait intacte; mais, à un examen plus approfondi, on découvre que ce tubercule, sur lequel on comptait pour la suture, n'est qu'un lambeau de muqueuse et forme une sorte de pont, de bride, ressemblant aux colonnes charnues du cœur. Il ne reste donc plus, pour faire la suture, que du tissu cicatriciel et accumulé surtout en avant et en dehors.

Nous ne reviendrons pas sur la position détaillée de la fistule. Elle se trouve située à 1 centimètre de la ligne médiane et à 4 centimètres du méat.

La malade ne garde qu'une très-petite quantité d'urine.

La malade est préparée à l'opération suivant le mode habituel.

Le 12 novembre, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

1er *temps*. — Avivement tout autour de la fistule, suivant une zone de 7 à 8 millimètres, la muqueuse vaginale étant seule intéressée.

Détersion de la plaie avec de petites éponges. Application à plusieurs reprises de la glace comme hémostatique.

2e *temps*. — Réunion au moyen de trois points de *suture moniliforme*. Les fils métalliques (fils de fer étamé) sont placés du premier coup, à l'aide de l'aiguille de M. Startin, et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain. De plus, avant de fixer chacun des fils, on sèche soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération n'a duré que trente-cinq minutes.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Potion diacodée.

Suites. — Les suites de cette opération sont simples jusqu'au quatrième jour, mais à ce moment la malade prend ses règles, contre toute prévision, et en même temps elle recommence à perdre ses urines par le vagin.

Le 17, on enlève les points de suture, la réunion immédiate n'ayant pas eu lieu. L'état de la fistule est le même qu'avant l'opération. Rien de changé dans l'aspect des parois vaginales et dans le siége de la perforation. Un peu de gonflement inflammatoire et de rougeur, suites naturelles de l'opération.

La quantité d'urine perdue par le vagin est toujours la même.

Le 1er décembre, M. Desgranges, cédant aux instances de la malade, pratique une nouvelle opération.

L'état général est satisfaisant. — La fistule se trouve dans des conditions tout à fait analogues à celles qu'elle offrait lors de la der-

nière opération. Même siége. Même étendue. Le gonflement et l'inflammation traumatiques ont à peu près disparu.

Opération. — Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

1er *temps.* — Avivement tout autour de la fistule, suivant une zone de 8 millimètres, la muqueuse vaginale étant seule attaquée. Détersion de la plaie avec de petites éponges. Application, à plusieurs reprises, de la glace comme hémostatique.

2e *temps.* — Réunion, au moyen de trois points de suture moniliforme. Les fils métalliques (fils de fer étamés) sont placés du premier coup à l'aide de l'aiguille de M. Startin et en se conformant aux préceptes du procédé américain. De plus, avant de fixer chacun des fils, on sèche soigneusement la plaie avec de petites éponges.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération n'a duré que trente-cinq minutes.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Potion diacodée.

Suites. — Les suites de cette opération sont très-simples, ni fièvre, ni coliques. Un peu de cystite du col, sous l'influence de la sonde à demeure. La malade ne perd pas une seule goutte d'urine par le vagin.

Le 8 décembre, ablation des fils, dont un s'est cassé probablement sous l'influence de l'oxydation.

Plus de perforation apparente. La réunion immédiate paraît complète. Pas une seule goutte d'urine dans le vagin, bien que la malade soit examinée dans le décubitus dorsal.

On replace la sonde à demeure dans la vessie, et aussitôt il s'échappe un jet d'urine assez fort et assez abondant.

Le 10, on enlève la sonde; on prescrit un léger purgatif, afin de faciliter l'évacuation de l'intestin, ce qui n'a pas eu lieu depuis l'opération.

La malade ne perd pas une seule goutte d'urine.

Le 23 décembre la guérison est radicale; la malade ne perd plus aucune goutte d'urine, ni couchée, ni debout; la miction est volontaire, et chaque fois la quantité d'urine rendue est assez considérable. Il lui suffit d'uriner trois ou quatre fois dans la nuit et cinq ou six fois dans le jour.

La réunion est complète; la cicatrice est transparente, longue de 12 à 15 millimètres, régulière, solide, de coloration rosée. En avant et en arrière elle est bordée de petits lobules, reste d'inflammation traumatique; lobules qui ont déjà notablement diminué depuis une dizaine de jours. Exeat.

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale opérée par la méthode américaine; insuccès. — Seconde opération avec la* SUTURE MONILIFORME; *guérison radicale. — Emploi de la glace comme hémostatique.* — Emilaude Cagne, âgée de quarante et un ans, journalière, née à Fraugy (Saône-et-Loire), entre le 1er mai 1862 à l'Hôtel-Dieu de

Lyon, salle Sainte-Marthe (service de M. Desgranges), pour une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux.

Examen. — Rougeur et excoriation des grandes lèvres, au contact continuel des urines; quelques concrétions calcaires attachées aux poils de la vulve.

Au fond du vagin, près du col utérin, existe sur la paroi vésico-vaginale une fistule elliptique dirigée d'avant en arrière et de gauche à droite, mesurant dans son grand diamètre 3 centimètres environ, et seulement 2 centimètres suivant le petit.

Les bords de la fistule sont lisses, légèrement indurés, mais sans être dénaturés par du tissu cicatriciel.

En arrière, le col utérin forme la lèvre de la solution de continuité, le vagin ayant été détruit jusqu'à sa ligne d'insertion sur cet organe.

Le vagin a conservé ses caractères normaux dans tous les autres points; il a gardé, dans son ensemble, les dimensions qui lui sont propres.

Le col utérin, qui concourt à former le bord postérieur de la fistule, est souple, peu engorgé, et non entamé par une ulcération.

Ecoulement continu des urines, que la malade soit couchée ou debout.

Etat général assez bon. La malade tousse un peu; la menstruation s'exécute normalement.

La malade est préparée à l'opération, au moyen de deux purgatifs salins administrés à un jour d'intervalle, et d'un lavement laxatif donné le soir de la veille de l'opération.

Le 23 mai, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

Premier temps. — Avivement périphérique, suivant une zone large d'un centimètre; la paroi vaginale étant seule attaquée, et la paroi vésicale, au contraire, étant respectée avec soin.

En arrière, la zone d'avivement est établie aux dépens du col, qui est entamé dans sa partie voisine de la fistule.

Détersion de la plaie avec des éponges; application à plusieurs reprises de la glace comme hémostatique.

Deuxième temps.—Réunion transversale, au moyen de six points de suture métallique. Les fils métalliques (fils de fer étamé) sont placés du premier coup à l'aide de l'aiguille de M. Startin, et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain.

Deux des points de suture portent en arrière sur le col lui-même, dont la lèvre postérieure est traversée en faisant sortir la pointe de l'aiguille par l'orifice utérin.

Au moyen de l'ajusteur de la suture de M. Bozeman, on amène exactement au contact les surfaces avivées, puis on fixe chaque fil à l'aide d'un grain de plomb perforé qui reçoit les deux chefs, et que

l'on écrase avec un davier, après l'avoir convenablement rapproché des lèvres de la fistule.

Mais avant de fixer les fils, quelques instants de repos sont accordés à la malade, et, pendant ce temps, on met encore de la glace dans le vagin pour arrêter tout suintement sanguin; de plus, avant de serrer chacun des fils, on s'est efforcé de sécher soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges.

La distance qui sépare chaque point de suture est de 7 à 8 millimètres environ.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues : un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération, quoique laborieuse, n'a duré que trois quarts d'heure, y compris le temps de repos accordé à la malade.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. — Potion diacodée.

Suites. — A la suite de cette opération, la malade éprouve des coliques assez vives, qui cèdent au bout de deux jours à une médication appropriée. Aucune complication ne se manifeste du côté du vagin. L'opérée ne perd pas une goutte d'urine.

Le 1er juin, on enlève les points de suture, dont deux se sont déjà détachés d'eux-mêmes.

A ce moment l'état de la région opérée est le suivant : la paroi vaginale semble reconstituée, on la sent parsemée de petits lobules et de stries dus à la turgescence inégale de cette partie par le fait de l'opération. Les fils ont tracé, par la déchirure des tissus, de petits sillons antéro-postérieurs. Un sillon transversal existe près du col, au niveau même de la réunion. Nulle part on ne sent de perforation. Le col a repris à peu près sa position normale. Il n'a pas souffert des deux sutures qui l'ont traversé.

Ce résultat, qui paraissait bon au premier examen, ne se soutint pas. La malade qui ne perdait pas, ou du moins très-peu, quand elle avait la sonde, se mit à perdre ses urines, comme auparavant, après qu'elle en fut débarrassée.

Le 20 juin, jour de sortie de la malade, on constate par un nouvel examen l'état suivant :

A droite du col, tout à fait à la partie profonde du vagin, on voit une petite fissure, longue de 7 à 8 millimètres, obliquement dirigée de bas en haut et de dedans en dehors; fissure qui laisse échapper un peu d'urine, quand la malade fait des efforts et à travers laquelle reflue dans le vagin un liquide coloré injecté dans la vessie.

Les bords de cette fissure sont assez minces, sans callosités apparentes et de coloration rosée. Son extrémité supérieure s'arrête dans le vagin; son extrémité inférieure touche à l'extrémité de la cicatrice transversale faite aux dépens de la lèvre utérine.

Le 1er novembre, Emilaude Cagne rentre de nouveau à l'hôpital. Voici alors ce que l'on constate :

La fistule, qui présentait de 7 à 8 millimètres à la sortie de la malade, ne présente plus aujourd'hui que 5 à 6 millimètres. Elle s'est par conséquent un peu rétrécie. Sa disposition n'a pas varié. Elle est toujours oblique en haut et à droite. Elle part du voisinage

de la ligne médiane, et arrive par son extrémité externe et supérieure jusque vers le col utérin. Elle représente une sorte de fissure, entourée de tout côté, excepté en avant, par du tissu cicatriciel.

Ce qu'elle offre de remarquable au point de vue opératoire, c'est sa terminaison sur le col.

Ecoulement continu des urines, que la malade soit couchée ou debout.

Bon état général.

La malade est préparée à l'opération comme la première fois.

Le 5, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux. Introduction du spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

Premier temps. — Avivement périphérique suivant une zone large de 1 centimètre, la paroi vaginale étant seule attaquée, et la paroi vésicale, au contraire, étant respectée avec soin.

En haut et en dehors, l'avivement porte sur le col utérin.

Détersion de la plaie avec de petites éponges. Application à plusieurs reprises de la glace comme hémostatique.

Deuxième temps. — Réunion longitudinale, au moyen de quatre points de suture moniliforme. Les fils métalliques (fils de fer étamé) sont placés du premier coup à l'aide d'une aiguille courbe et du porte-aiguille de M. Jobert, en se conformant encore aux préceptes du procédé américain. Deux des points de suture portent en arrière sur le col lui-même.

Les fils sont fixés en se conformant aux règles de la suture moniliforme. De plus, avant de serrer chacun des fils, on s'efforce de sécher soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges.

La distance qui sépare chaque point de suture est de 4 à 5 millimètres environ.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues ; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération a duré trois-quarts d'heure.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. — Potion diacodée.

Suites. — A la suite de cette seconde opération, la malade éprouve des coliques assez intenses ; le ventre se ballonne et se météorise ; le sommeil est pénible. Malgré l'emploi du sirop de morphine, à l'intérieur, des cataplasmes et des onctions mercurielles sur l'abdomen, ces malaises persistent pendant cinq jours et font craindre un résultat fâcheux. Cependant, aucune complication ne se manifeste du côté du vagin ; l'opérée ne perd pas une goutte d'urine.

Le 12 novembre, la malade est faible, mais elle souffre moins ; le ballonnement du ventre a diminué depuis deux jours.

On enlève les points de suture : l'affrontement des bords de la fistule paraît complète ; nulle part on ne voit ni on ne sent de perforation.

Durant cet examen, il ne s'écoule aucune goutte d'urine de la

vessie dans le vagin, et quand, après toutes les manœuvres, on place la sonde dans la vessie, on fait sortir une quantité notable d'urine qui s'y était accumulée, preuve que le liquide n'avait trouvé aucune issue pour tomber dans le vagin, bien que la malade fût restée sur le dos tout le temps de l'enlèvement des fils et de l'examen.

Le 15 novembre, la malade est toujours faible, mais elle n'éprouve plus que quelques coliques de temps à autre, et le ballonnement du ventre a presque complétement disparu.

On enlève définitivement la sonde. Depuis l'opération, la malade n'a pas perdu une seule goutte d'urine par le vagin.

On prescrit une purgation pour le lendemain (citrate de magnésie), et, à partir de ce moment, la malade est nourrie convenablement.

Le 19 novembre, nouvelle purgation (0gr,60 scammonée). L'état général s'améliore chaque jour, sous l'influence d'un régime tonique et analeptique. La malade se promène sans perdre une goutte d'urine.

Le succès se confirme de plus en plus.

Le 23 novembre 1862, Emilaude Cagne sort de l'Hôtel-Dieu, complétement guérie. Elle ne perd, ni levée, ni couchée, et reste plusieurs heures sans uriner.

Quant à l'état général, il est très-satisfaisant.

Obs. III. *Fistule vésico-vaginale opérée par la méthode américaine et la suture moniliforme. — Guérison radicale.* — Marie Mulatier, âgée de trente-trois ans, tisseuse, née à Lyon, entre, le 20 septembre 1862, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul (service de M. Desgranges), pour une fistule vésico-vaginale. Cette fistule date de quatorze ans et demi, époque à laquelle Marie Mulatier eut un accouchement d'une lenteur excessive, mais qui se termina, néanmoins, sans application de forceps.

Depuis qu'elle est affectée de cette infirmité, cette femme a subi diverses opérations, mais toujours sans résultat. Ainsi, il y a treize ans, on essaya la cautérisation; un an après, on renouvela ce mode de traitement; enfin, à plusieurs reprises, on tenta la guérison par la suture.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate :

1° Rougeur et excoriation des grandes lèvres, ainsi que de la partie supérieure des cuisses, au contact continuel des urines.

Quelques concrétions calcaires attachées aux poils de la vulve.

2° Au niveau de la partie antérieure du bas-fond de la vessie, *un orifice*, situé, d'une part, à peu près sur la ligne médiane, empiétant, cependant, un peu sur le côté gauche, et, d'un autre côté, à 4 centimètres du méat et à 2 centimètres du col utérin. Son grand diamètre est dirigé transversalement; il mesure de 10 à 12 millimètres. Son petit diamètre a environ 4 millimètres.

Une sonde de femme, introduite dans le canal de l'urètre, arrive facilement dans le vagin, en passant par la déchirure.

3° Tout autour de la solution de continuité s'étend du tissu inodulaire. Cependant, à gauche et en avant, il existe un bourrelet peu saillant, formé par la muqueuse saine.

Le vagin a conservé ses caractères normaux dans tous les autres points, ainsi que les dimensions qui lui sont propres.

Le col utérin n'a subi aucune modification.

4° Perte incessante des urines dans toutes les positions, dans le décubitus dorsal comme dans la station debout.

L'état général de la malade est assez bon. Les fonctions digestives et la menstruation s'exécutent normalement.

La malade est préparée à l'opération au moyen de deux purgatifs salins administrés à un jour d intervalle, et d'un lavement laxatif donné le soir de la veille de l'opération.

Le 26 septembre 1862, M. Desgranges pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. L'opérée est placée dans la position sur les genoux ; on introduit le spéculum de M. Bozeman, que l'on confie à un aide.

Premier temps. — Avivement de la fistule suivant une zone circulaire, large de 1 centimètre environ, et comprenant seulement la muqueuse vaginale, la muqueuse vésicale étant respectée avec soin.

Deuxième temps. — Réunion au moyen de sept points de suture moniliforme. Les fils métalliques sont placés du premier coup, à l'aide de l'aiguille de M. Startin, et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain.

Avant de serrer les fils, on applique, à plusieurs reprises, de la glace comme hémostatique, et l'on sèche soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges fines.

La distance qui sépare chaque point de suture est de 4 à 5 millimètres environ.

Une fois la suture achevée, on retire le spéculum. Les fils sont tordus ensemble et sectionnés à quelques millimètres en dehors de la vulve.

On place à demeure, dans la vessie, le cathéter de M. Marion Sims, et il s'échappe immédiatement une assez grande quantité d'urine.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues ; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération n'a duré que trois quarts d'heure.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. — Potion diacodée.

Suites. Les suites de cette opération sont des plus simples : la malade n'éprouve que quelques coliques et quelques douleurs au niveau du col de la vessie ; elle ne perd pas une seule goutte d'urine par la fistule. On a soin de changer la sonde matin et soir.

Le 3 octobre, huitième jour de l'opération, on enlève les points de suture. La réunion immédiate a été complète ; pas une seule goutte d'urine dans le vagin.

On nettoie le vagin et l'on remet la sonde à demeure. Au même instant, il s'écoule une assez grande quantité d'urine, accumulée dans la vessie pendant l'enlèvement de la suture.

Le 7, on enlève définitivement la sonde, et l'on prescrit un léger purgatif. Le succès persiste.

Le 10, les règles apparaissent sans amener aucun désordre.

A partir de ce moment, la guérison se confirme de plus en plus. Peu à peu, le ténesme vésical disparaît. La malade se lève, marche, sans perdre une seule goutte d'urine. Les forces reviennent rapidement, sous l'influence d'un régime tonique.

Marie Mulatier sort de l'Hôtel-Dieu, le 18 octobre 1862, complétement guérie de l'infirmité dont elle était affectée depuis quatorze ans et demi.

Aujourd'hui, 18 décembre, la guérison persiste encore.

IV. Nous résumerons ainsi qu'il suit la conduite à tenir dans une opération de fistule vésico-vaginale :

1° S'abstenir de pratiquer l'anesthésie;

2° Placer la malade dans la position sur les genoux, et se servir du spéculum de M. Bozeman;

3° Pratiquer l'avivement en surface, suivant une ligne périphérique de 8 à 10 millimètres de large;

4° Passer les fils métalliques, sans traverser la muqueuse vésicale, avec l'aiguille de M. Startin;

5° Se servir de la glace comme hémostatique, et bien sécher la plaie avant de réunir;

6° Fixer les fils métalliques avec des grains de plomb, suivant les règles de la suture moniliforme;

7° Placer à demeure la sonde de M. Sims;

8° Faire coucher la malade sur le dos, et peu la nourrir pendant les dix premiers jours au moins;

9° Enlever tous les fils le huitième jour;

10° Enlever la sonde, vers le dixième jour, et purger la malade peu de temps après; enfin, la nourrir convenablement à partir de ce moment.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des nids comestibles de l'hirondelle de Chine (salangane) comme agent thérapeutique.

Il n'y a plus de doute sur la nature des nids comestibles de l'hirondelle de Chine, c'est bien un mucus concret, que cet oiseau dégorge seulement au moment de la ponte, pour en tapisser son nid.

L'*hirundo esculenta* est complétement noire; elle se distingue des autres variétés d'hirondelles à ses tarses non garnies de duvet. Cet oiseau ne s'éloigne pas des bords de la mer; cependant on le trouve dans le lit des grands torrents qui sillonnent l'île de la Réunion, à plusieurs kilomètres de distance de la mer; on le rencontre encore

à la Cochinchine, à Java, et dans d'autres îles de l'archipel des Indes.

Les nids de la salangane sont entièrement formés d'une substance gélatineuse; ils ont la forme d'un bénitier un peu oblong, et sont noirâtres dans leurs parties inférieures. L'intérieur est blanc lisse net, la substance gélatineuse est disposée en réseaux.

Entre les filaments qui forment les réseaux, on en aperçoit d'une nature différente, jaunâtres, entremêlés de filaments d'*usnea lutescens*, lichen qui croît sur les arbres sous forme de chevelu très-abondant. Les hirondelles attachent les premiers brins de ce lichen à l'aide d'une substance gélatineuse aux rochers ou à d'autres nids déjà existants, car ces nids se trouvent dans des cavernes ou au-dessous de roches, accolés les uns aux autres en très-grande quantité. Chaque génération qui vient habiter ces nids, les enduit d'une nouvelle couche de ce mucus; la couche que chaque couple d'hirondelles dépose est excessivement minime, ce qui fait qu'on peut, en quelque sorte, compter le nombre des générations qui ont habité un nid, par son épaisseur et son poids. Plus un nid est vieux, plus il est riche en principe gélatineux, moins il contient de lichen, de coquillages et de plumes de l'oiseau, car souvent on en trouve qui y adhèrent.

Un nid à l'état brut pèse 90 à 100 grammes. Pour l'employer comme aliment, il faut qu'il soit débarrassé des lichens et des autres corps étrangers qui l'entourent. Les Chinois portent à ce travail toute cette patience qui leur a été dévolue par la nature. Un nid bien mondé pèse 15 à 16 grammes; il est d'un blanc presque mat; il est fragile, presque insipide, lorsqu'on le mâche; son odeur est nulle; dans cet état il se vend 100 francs le kilogramme.

Virey, en 1836, a publié un travail très-complet sur cette substance; il cite tous les auteurs qui s'en sont occupés. Depuis cette époque, l'abbé Lenoir a ajouté à l'histoire de cette gelée des faits inconnus. Le premier chimiste qui ait fait l'analyse de ce mucus comestible est O'Shauhglnessy; il reconnut que c'était un produit azoté, d'où il concluait que ce ne pouvait être un lichen avalé, digéré et rejeté par l'oiseau. M. Payen a également analysé ce principe gélatineux; il a confirmé l'opinion de son collègue O'Sauhglnessy; il y a trouvé, de plus que ce chimiste, du soufre et une matière particulière à laquelle il a donné le nom de *cubilose*.

On trouve dans le commerce, en Chine, deux espèces de nids comestibles: une qui est d'un prix très-élevé, parce que son principe gélatineux est d'un beau blanc, tandis que l'autre variété, qui vaut moins cher, est d'une couleur gris-brun. Cette différence tient

à ce que le principe muqueux est trop vieux ou a été altéré par la putréfaction de quelques oiseaux morts dans les nids, ou bien encore parce qu'ils étaient exposés à l'humidité ou à la pluie. On vend aussi les grattures de nids comestibles; c'est le peuple qui les emploie.

Les nids comestibles jouissent au plus haut degré de propriétés nutritives, analeptiques et réparatrices; c'est le fortifiant par excellence : aussi ils sont très-recherchés par les mandarins et les gens riches, dont ils servent à relever les forces abattues par la débauche et la luxure. Dans le peuple, on les emploie comme médicament dans la phthisie et la convalescence des maladies; la dose est de 50 grammes pour un litre d'eau, qu'on réduit par la décoction à la moitié de son volume. On a bien voulu me traiter en mandarin; un naturaliste m'a envoyé, avec les notes que je communique à mes lecteurs, des nids d'hirondelles parfaitement exempts d'impuretés. Le potage qu'on en prépare a la consistance d'une gelée; il est d'un bon goût; seulement il a un arome particulier, auquel notre palais n'est pas habitué.

Pendant bien des siècles, on a fait sur la construction et la composition des nids comestibles de la salangane les histoires les plus bizarres; on s'est moqué de cet aliment, en le traitant avec dédain, le déclarant bon pour des Chinois; aujourd'hui, en France, on trouve des gens assez excentriques pour vouloir sur leur table, les jours de dîners d'apparat, un potage de nids comestibles, qui ne coûte pas moins de 50 francs. Avant peu, si l'orgie et le goût de l'absinthe et des autres liqueurs alcooliques continuent à se propager, il faudra à notre jeunesse des nids comestibles pour rétablir sa santé débilitée. Les phthisiques aussi croiront, comme le peuple chinois, trouver dans cette substance un remède à leurs souffrances, il leur en faudra coûte que coûte. C'est que le Français a un travers que partagent probablement les autres peuples : ce qui vient de très-loin est toujours préférable à ce qu'on a sous la main. Cet adage « qu'on n'est pas prophète dans son pays, » est donc vrai en toutes choses.

A une certaine époque, les Hollandais étaient presque les seuls qui nous apportaient en Europe du thé de Chine; en échange, ils donnaient aux Chinois notre sauge, que l'on cultivait à cet effet dans le midi de la France; les Chinois s'étonnaient de notre goût, et ils avaient raison, car la sauge, dans l'antiquité, a été très-recherchée. Heureusement pour les amateurs de salangane, le canon français a fait un accroc à cette immense muraille, qui ne permettait jamais aux étrangers d'entrer dans le Céleste-Empire. Cette brèche va permettre aux spé-

culateurs européens d'y aller acheter le précieux aliment, et ils pourront céder à leur amour du trafic sans crainte de le payer de leur vie, comme autrefois. Stanislas MARTIN.

Procédé pour retrouver, au moyen d'une huile fixe, le cuivre contenu dans les eaux potables.

Nous avons publié l'an dernier une note adressée au congrès pharmaceutique de la Vienne par M. Lancelot, pharmacien à Châtillon, sur l'emploi du beurre comme réactif du cuivre et de ses composés (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIII, p. 264). Nous n'avons pas à revenir sur ce travail; l'auteur le terminait en faisant appel aux maîtres de la science pour tirer du fait nouveau qu'il signalait toutes les déductions qui pouvaient en sortir. L'un d'eux, M. le docteur Jeannel, pharmacien principal de l'hôpital militaire de Bordeaux, vient d'y répondre en dotant l'hygiène et la toxicologie d'un moyen très-simple pour déceler les plus petites quantité de cuivre.

La solution d'oléo-stéarate de cuivre dans l'huile, dit M. Jeannel, est très-fortement colorée : un dix-millième d'oxyde de cuivre dans l'huile la colore en vert; et comme l'huile recueille l'oxyde de cuivre dans les solutions aqueuses carbonatées très-étendues, il en résulte qu'elle doit être considérée comme susceptible de déceler le cuivre dans les liquides aqueux qui n'en contiennent que des traces à peine appréciables, pourvu que ces liquides soient additionnés de bicarbonate de chaux ou de carbonates alcalins.

En agitant fortement 10 grammes d'huile avec un litre de l'eau potable consommée à l'hôpital militaire de Bordeaux, préalablement filtrée au papier, j'ai vu revenir l'huile à la surface avec une nuance d'un vert tendre tout à fait caractéristique; or, le cuivre n'a jamais été constaté dans aucune eau potable, et la présence de ce métal dans l'eau de l'hôpital militaire ne peut s'expliquer que par la circulation et le séjour de cette eau, très-riche en carbonate de chaux, dans de longs tuyaux de cuivre qui d'abord l'amènent dans un réservoir installé à l'étage supérieur, puis la distribuent dans les diverses dépendances de l'établissement.

J'ai fait dissoudre à froid 5 milligrammes de sulfate de cuivre dans 1,000 grammes d'eau non cuivreuse provenant des nouvelles fontaines de la ville de Bordeaux; il ne s'est produit aucun trouble apparent; j'ai ajouté 10 grammes d'huile. Après agitation du mélange, l'huile est revenue avec une teinte vert-pomme; elle

avait recueilli le carbonate de cuivre dissous dans la masse de l'eau à la faveur de l'acide carbonique et des autres sels, et elle avait dissous l'oxyde [1].

Un décigramme de sulfate de cuivre dans un litre d'eau potable produit un léger trouble d'un vert très-clair ; 18 grammes d'huile, agités à froid, recueillent la majeure partie de ce précipité, et lorsque l'huile est rassemblée, elle se montre d'un beau vert-dragon.

Moyen de distinguer l'essence d'amandes amères de l'essence de mirbane.

Les falsifications auxquelles la découverte de l'essence de mirbane a donné lieu réclamaient le moyen de distinguer facilement ces deux produits. Celui que propose M. Maisch est fondé sur la réaction que la solution alcoolique de potasse exerce sur la mirbane ou nitro-benzine. En effet, tandis que l'huile pure d'amandes amères se transforme en acide benzoïque, qui s'unit à la potasse, la nitro-benzine se change en résine brune, insoluble dans l'alcool et l'éther, mais qui se solidifie en cristaux jaunes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

N'est-ce pas à la présence du tannin que le quinquina doit la propriété de prévenir les accidents de l'ivrognerie ?

Je lis dans une des dernières livraisons (p. 88) de votre excellent *Bulletin*, qui ne laisse rien perdre et qui chaque jour jette un trait de lumière sur l'inconnu, que notre confrère M. Houssard vante, avec une grande puissance de conviction, l'usage du décocté de quinquina pour faire taire les accidents de l'ivrognerie. M. Jules Guérin a confirmé les idées de M. Houssard ; il terminait les nombreux faits à l'appui de l'innocuité du vin, quand on y ajoute du macéré de quinquina, en faisant appel à ses confrères chimistes

---

(1) On arrive à constater $\frac{1}{8,000,000}$ de sulfate de cuivre dans l'eau, soit à peu près $\frac{1}{2,000,000}$ de cuivre métallique. On sait que la sensibilité du cyanure jaune ne va pas au delà de $\frac{1}{150,000}$.

pour déterminer quels sont les éléments contenus dans le quinquina qui sont doués de la propriété de modifier l'action alcoolique du vin.

Je ne suis pas un médecin-*chimiste*, mais je suis un sévère observateur de l'action des médicaments. A ce point de vue, je m'empresse de vous dire que c'est au *tannin* qu'il faut attribuer le mérite accordé au quinquina, qui en contient une bonne proportion.

Il y a déjà longtemps que notre savant et regrettable confrère Legroux, enlevé trop tôt à la science qu'il illustrait, avait trouvé dans le quinquina un principe qui le portait à donner à ce médicament des résultats thérapeutiques que beaucoup de médecins n'adoptent pas encore. Il y a pourtant un remède à apporter à ce litige qui divise les médecins : ce serait de faire une étude consciencieuse de l'action du quinquina, ou de ses dérivés, sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Quant à l'action du quinquina, comme modificateur de celle du vin, on retrouve dans plusieurs de nos vins les plus exquis la preuve que le tannin joue un grand rôle parmi les éléments qui les composent, selon les crus qui ont produit ces vins : le clos-Vougeot, le chambertin et les autres grands vins de Bourgogne ne contiennent que peu ou point de tannin ; aussi n'est-il pas sage d'en boire sans modération. Tout au contraire, les vins de Laffite, de Gruau-Larose et tant d'excellents vins de Bordeaux contiennent beaucoup de tannin, vrai correctif du principe alcoolique ; aussi on les caresse avec ardeur et ils ne nuisent pas à la tête de ceux qui les fêtent.

Voilà, cher confrère, l'idée d'un vieux praticien ; donnez-lui l'hospitalité, si vous ne la jugez pas complétement erronée.

LAMARRE-PICQUOT,
médecin honoraire de l'hôpital de Honfleur.

BIBLIOGRAPHIE.

Des affections nerveuses syphilitiques, par M. D.-A. Zambaco, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chef de clinique de la même Faculté, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc., ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, prix Civrieux, concours de 1859.

En rendant compte dernièrement du livre de MM. Léon Gros et Lancereaux, qui traite la même question que celui dont il s'agit en ce moment, et auquel l'Académie de médecine a accordé la même

récompense, nous avons cru devoir faire tout d'abord une remarque importante, qu'on se rappelle peut-être et qui s'applique également à l'ouvrage de M. le docteur Zambaco. Nous ne reproduirons pas ici cette remarque, qui n'a, d'ailleurs, qu'une portée purement didactique, et qui n'ôte rien à la valeur pratique du livre de notre jeune et distingué confrère.

En mettant au concours la question des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique, l'Académie n'ignorait pas que cette question depuis longtemps avait été résolue d'une manière affirmative; l'affirmation même à cet égard avait été beaucoup plus loin que la réalité; car, pour maints auteurs, il suffisait souvent qu'une maladie quelconque, de nature nerveuse ou autre, apparût à la suite de la vérole, pour qu'on tendît à en rendre celle-ci responsable. La vérité sur cette question avait donc été saisie, mais d'une manière vague, comme il arrive presque infailliblement quand, au lieu de porter dans les faits la lumière de l'analyse, on ne les étudie qu'au point de vue primitif de leur évolution chronologique, topique même. Aujourd'hui que des méthodes plus rigoureuses sont appliquées à l'étude de la pathologie, que cette plus grande rigueur a conduit naturellement à une application plus étendue des sens, si nous pouvons ainsi dire, aux manifestations phénoménales des maladies, ce qu'une foule d'esprits avaient tout d'abord pressenti, beaucoup l'ont rigoureusement constaté, et la question posée par l'Académie était résolue. Malgré ce progrès incontestable, que nos jeunes auteurs ne mettent pas suffisamment en relief peut-être, nous n'en reconnaîtrons pas moins hautement que leurs ouvrages, embrassant la question dans son ensemble, mettent en plus vive lumière la science commune dont nous parlons, et donnent à ses enseignements une précision dont elle manquait.

En lisant le livre de M. le docteur Zambaco, comme celui de MM. Léon Gros et Lancereaux, il est impossible, si l'on conservait quelque doute sur l'origine syphilitique possible d'une foule d'affections nerveuses, névroses pures ou névroses symptomatiques, il est impossible de conserver ce doute. Ces divers auteurs, en compulsant les annales de la science à ce point de vue, ont rassemblé un grand nombre d'observations de névroses, où cette origine éclate de la manière la plus évidente; mais ils ont fait plus, ils ont recueilli eux-mêmes un bon nombre de faits où la filiation des accidents, rigoureusement constatée, assure au diagnostic porté une solidité qui exclut toute incertitude.

Comme nous n'avons point à nous prononcer sur le mérite relatif

du livre de M. Zambaco, et de celui de ses heureux compétiteurs, nous nous contenterons de dire sommairement l'impression que nous a laissée la lecture de l'ouvrage dont nous nous occupons en ce moment, comme nous l'avons fait de celui de MM. Léon Gros et Lancereaux.

Bien que M. Zambaco incline visiblement à chercher dans les lésions de texture du système nerveux la cause exclusive des perturbations fonctionnelles qui se manifestent du côté de cet appareil de l'organisme vivant, il ne laisse pas cependant de reconnaître que, celui-ci étant placé sous le coup de la diathèse syphilitique, le système nerveux peut, au point de vue des divers actes qui lui sont dévolus, s'en montrer troublé d'une manière purement dynamique ou dans la force spéciale qui l'anime. Non-seulement nous admettons avec notre confrère qu'il en peut être ainsi; mais, alors même qu'une lésion matérielle se montre en coïncidence avec une névrose syphilitique, nous ne sommes pas toujours convaincu que cette lésion suffise à expliquer la manifestation morbide. Si la lésion dont il s'agit était la cause unique des accidents qu'il s'agit d'expliquer, pourquoi une même lésion entraînerait-elle des accidents divers, pourquoi, dans d'autres cas, cette lésion se développerait-elle d'une manière silencieuse, sans susciter aucun trouble dans les actes du système, pourquoi, enfin, pendant que la diathèse syphylitique se rencontre à chaque pas, les névroses syphilitiques se montrent-elles, en somme, relativement si peu fréquentes? C'est que derrière ces lésions, comme en l'absence de ces lésions, peut exister ou manquer l'innéité de condition d'impressionnabilité nerveuse sans laquelle aucune névrose ne peut être conçue : mille causes peuvent éveiller cette qualité morbide de la masse encéphalo-rachidienne, mais ne la créent pas : servitude héréditaire souvent, aptitude inexpliquée, née plus souvent encore peut-être sous l'influence d'une discipline morale vicieuse, l'opportunité morbide du système nerveux est aussi obscure dans son origine que les actes qu'il commande sont incompréhensibles dans leur originalité spéciale, ou dans leur concours harmonique pour assurer, en ce qui regarde la matière, l'unité de la personnalité humaine. Mais c'est trop nous arrêter à une question qui doit être mise tout entière au crédit de l'avenir; marquons bien l'esprit essentiellement pratique du livre de M. Zambaco, c'est par ce côté surtout qu'il nous paraît se recommander à l'attention sérieuse des médecins.

Il résulte et de l'expérience personnelle de notre laborieux confrère et de ses recherches bibliographiques, presque toujours mar-

quées au coin d'une critique judicieuse, que, depuis la névralgie jusqu'à l'aliénation mentale, toutes les affections nerveuses nettement définies peuvent se développer sous l'influence de la diathèse syphilitique. Il n'y a pas une de ces affections dont on ne trouve de plus ou moins nombreux exemples dans le vaste répertoire consacré dans ce livre au chapitre des observations. Sans doute il ne suffit pas, pour qu'on attribue une semblable origine à une névrose, que celle-ci disparaisse en même temps que le traitement spécifique est administré aux malades ; car, le propre de ces affections c'est l'intermittence dans leurs manifestations : mais quand la répression des accidents suit invariablement, et dans une nombreuse série de cas, l'emploi méthodique de cette médication, il est impossible de voir là une simple coïncidence fortuite ; il y a là un rapport de causalité qu'on ne peut nier, sans saper les bases de la science, des sciences même.

Il y a, dans l'ouvrage de M. Zambaco, près de cent observations consacrées aux névroses syphilitiques; nous ne pouvons, on le pense bien, analyser un tel travail : c'est dans le livre même de notre laborieux confrère qu'il faut étudier ces formes morbides spécifiques, si variées dans leur aspect et dans leur marche : mais nous n'hésitons pas à recommander à nos lecteurs les chapitres qui terminent cet intéresssant ouvrage, et où il est successivement traité du diagnostic des affections nerveuses syphilitiques, de leur pronostic, et de leur traitement. Le diagnostic de ces affections, voilà surtout la grande question à résoudre ici. M. Zambaco n'est point encore arrivé à l'âge où l'expérience, ayant mûri l'intelligence, lui a appris à saisir les nuances délicates par lesquelles en ces matières difficiles un fait diffère d'un fait : mais, en dehors de ce que le tact ajoute à la sagacité, nous pouvons affirmer quo tous les enseignements que la science, dans son état actuel, peut fournir sur les faits de cet ordre, se trouvent dans le livre de notre savant confrère. De même qu'en parlant du livre de MM. Gros et Lancereaux qui traitait du même sujet, nous avons reproduit le résumé par lequel les auteurs terminent ce qui a trait, dans leur ouvrage, au diagnostic des névroses syphilitiques, qu'on nous permette d'indiquer également ici la conclusion à laquelle s'arrête M. Zambaco sur la même question ; on pourra, rien quo par la comparaison de ces conclusions, préjuger ceux de ces auteurs qui ont le plus approché de la vérité dans la solution de cet ardu problème. « Les divers éléments du diagnostic, dit M. Zambaco, doivent être puisés : 1° dans les antécédents syphilitiques, qui sont de la plus haute importance lorsqu'on par-

vient à les découvrir ; 2° dans les symptômes concomitants de la diathèse, s'il en existe ; 3° parfois dans la forme et les caractères mêmes des phénomènes nerveux ; 4° dans la comparaison du fait que l'on étudie avec ceux qui existent dans la science, ou que l'on a rencontrés dans la pratique personnelle ; 5° dans les résultats du traitement spécifique, en tenant compte cependant de son inefficacité dans certaines circonstances, exceptionnelles il est vrai, et de ses succès en dehors de la vérole. Si ce résumé apprend comment on peut arriver au diagnostic, il apprend aussi comment on peut n'y point arriver : il n'aspire point à plus de certitude que la science, donc il est juste.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Acide nitrique dans le traitement de la coqueluche. Le Journal médico-chirurgical de Boston, numéro du 15 février 1862, renferme un article du docteur H. Holmes sur la coqueluche et son traitement, dans lequel ce médecin parle avec beaucoup d'éloge de l'acide nitrique. Sa formule est la suivante :

Pr. Acide nitrique dilué.	50 gramm.
Teint. de cardamome comp...........	10 gramm.
Sirop simple.......	100 gramm.
Eau pure..........	30 gramm.

Pour un enfant d'environ quatre ans, une cuillerée à café de ce mélange toutes les deux heures ; lorsque la convalescence est bien commencée, on en peut donner deux cuillerées à café trois fois par jour.

Ce traitement de la coqueluche n'est nullement nouveau, et si nous le rappelons ici, c'est surtout à cause de la formule nettement déterminée, rapportée ci-dessus. Le docteur Gibb, de Londres, et le docteur Arnoldi, de Montréal, l'ont, en effet, préconisé il y a déjà quelques années, et nous en avons entretenu les lecteurs du *Bulletin* (t. XLIII, p. 472, et XLVII, p. 444).

Il paraît, du reste, que ce moyen est habituellement employé dans la maladie en question par nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique ; car nous voyons que, entre autres médecins américains, le docteur Mac Nally, du Tenessee, se loue beaucoup de ses effets, et qu'autant en a fait le docteur Ch. Witsell, in Charleston med. Journal and Review, janvier 1857. Ce dernier l'administre mélangé avec du sucre et dilué en forme de limonade, et le fait donner aux malades en aussi grande quantité qu'ils en peuvent boire. (*The Journ. of mat. med.*, décembre 1862.)

Cas d'anévrysme de l'aorte, dans lequel l'usage interne de l'iodure de potassium paraît avoir été suivi d'effets avantageux. Nous avons publié dans notre dernier volume, non sans conserver toutefois des doutes sérieux dans l'esprit, un travail de M. Chuckerbutty, tendant à faire regarder l'iodure de potassium comme un médicament à utiliser dans le traitement des anévrysmes, et propre à déterminer la condensation des caillots dans le sac et la consolidation de celui-ci. Ces résultats, à l'appui desquels l'auteur rapportait plusieurs faits, mais qu'il ne présentait, d'ailleurs, que sous la réserve d'une expérimentation ultérieure plus approfondie, sembleraient s'être produits dans le cas suivant, observé par le docteur Roberts, de Manchester.

Il s'agit, dans ce cas, d'un charbonnier, âgé de trente-neuf ans, qui fut admis à l'infirmerie royale de cette ville, en octobre 1862, se plaignant de douleur dans la poitrine, de toux, de dyspnée plus intense le soir, symptômes qui existaient depuis un coup reçu quatre mois auparavant. Outre

les troubles fonctionnels, il existait une tumeur à la partie antéro-supérieure de la poitrine, répondant à la première pièce du sternum et à la région attenante, et qui était soulevée par des battements; à gauche de cette saillie, dans le deuxième espace intercostal, était une autre tumeur, molle, pulsative, de forme conique, de la largeur d'un shilling à sa base, et s'élevant d'environ un quart de pouce au-dessus de la surface environnante. En même temps matité considérable dans une étendue de quatre pouces et demi transversalement sur trois pouces et demi dans le sens vertical. Bruits du cœur, normaux à la région précordiale, retentissants au siége de la matité; premier bruit s'accompagnant d'un bruit de souffle au niveau de la tumeur molle; souffle systolique sensible, quoique faible, sur le trajet du tronc brachio-céphalique, plus intense sur celui de la carotide droite et vers l'angle acromial de ce côté; pas de souffle dans la carotide et la sous-clavière gauches. D'après ces signes, on diagnostiqua un anévrysme de la crosse aortique.

A partir du 10 octobre, le malade fut mis à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose d'abord de 5 grains répétée trois fois par jour; en même temps repos au lit et abstinence relative de boissons, aussi complète que possible. Au bout de trois jours, les doses furent portées à 7 grains et demi chacune, et le sixième jour à 10 grains. Dès ce moment, le malade annonçait lui-même une grande amélioration: disparition des paroxysmes de douleurs, moins de toux, et dyspnée bien moins intense, la tumeur molle moins proéminente. Du 16 au 27 octobre, l'amélioration alla croissant, et cette même tumeur se réduisit au point de dépasser à peine le niveau des surfaces voisines. On lui permit alors de se lever un peu et de se relâcher dans une certaine mesure de la rigueur de l'abstinence des boissons; 15 grains d'iodure, trois fois par jour. Le 4 novembre (vingt-cinquième jour du traitement), la matité n'était plus que de quatre pouces dans le sens transversal et de deux pouces trois quarts verticalement; 20 grains d'iodure, trois fois par jour. Le 18 novembre, l'étendue de la matité avait encore diminué, ne mesurant plus que trois pouces trois quarts transversalement et deux pouces et demi verticalement, ayant donc perdu trois quarts de pouce dans un sens et un pouce dans l'autre; la tumeur molle s'était affaissée et ne se distinguait à la vue par aucun relief au-dessus des parties environnantes; mais les pulsations se sentaient encore à son niveau. En même temps disparition de la douleur, de la dyspnée, de la dysphagie, diminution de la toux.

Il s'agit dans ce cas, comme dans ceux rapportés par M. Chuckerbutty, d'affections graves, nécessairement mortelles quand, siégeant dans les grosses artères du tronc, elles sont par la force des choses abandonnées à elles-mêmes; la médication est certainement inoffensive; il y a quelques faits qui semblent déposer en sa faveur. Tout se réunit donc pour justifier, pour autoriser l'expérimentation clinique, pour laquelle, en conséquence, nous ne craignons pas de faire appel à nos confrères. (*Edinburgh med. Journ.*, février 1863.)

Aphonie nerveuse datant de plusieurs mois, rapidement guérie par l'emploi local de la noix vomique. Le fait que nous relatons ici est doublement intéressant, d'abord par l'utilité de la laryngoscopie pour faire connaître la nature du mal, ensuite par le mode d'emploi du médicament, dont l'application topique sur l'appareil vocal paralysé est, à notre connaissance, chose absolument nouvelle. Il y aurait bien à se demander, quant à ce dernier point, si la teinture de noix vomique, ainsi appliquée, a pu agir en vertu des propriétés spéciales de cet agent, ou bien par la simple excitation résultant du contact d'un liquide alcoolique sur un organe d'une sensibilité tactile aussi exquise que l'est la glotte. Quoi qu'il en soit, voici le cas.

Maria E***, jeune fille de dix-neuf ans, pâle et d'une délicate complexion, fut admise à West London hospital dans le service de M. Gibb, au commencement de janvier dernier, avec une aphonie complète remontant à trois mois et demi, et qui était survenue d'une manière soudaine, à la suite d'un très-léger refroidissement. Elle avait déjà été atteinte deux ou trois fois de la même affection, mais plus légèrement, et pendant quelques jours seulement. Incapable de parler autrement qu'à voix très-basse, elle se trouvait forcée de quitter sa place de demoiselle de magasin dans une maison de lingerie. Elle n'était pas hystérique. L'examen laryngoscopique faisait voir le larynx parfaitement normal, si ce n'est que les cordes vocales étaient largement

séparées et ne pouvaient se rapprocher, quelques efforts que fît la malade pour émettre des sons ; l'air paraissait entrer et sortir sans influencer beaucoup leurs mouvements. Il semblait donc n'y avoir rien autre pour rendre compte de cet état que l'affaiblissement de la puissance nerveuse, affaiblissement suivant toute probabilité tout à fait local.

Partant de ce point de vue, le docteur Gibb crut devoir se borner à recourir à l'emploi topique de la teinture de noix vomique, en limitant cette application aux cordes vocales seules. La première application fut suivie d'un mouvement immédiat, mais très-léger ; à la seconde, la motilité se montra plus prononcée ; enfin après la quatrième, l'action de l'appareil phonateur se trouva complétement récupérée, la jeune malade put s'exprimer avec sa voix naturelle, et la guérison s'est bien maintenue depuis. (*Lancet*, 14 févr. 1865.)

Hygroma chronique, datant de trente ans ; deux tumeurs ; quatre ponctions palliatives ; injections iodées. — Guérison. Une femme de soixante-treize ans, n'ayant eu d'autres maladies que quelques catarrhes bronchiques, consulta en 1857 M. le docteur Truchetet pour une tumeur du genou. Cette femme, d'une grande piété, fait tous les jours 4 kilomètres à pied pour aller entendre les offices ; elle se plaint amèrement que depuis quelque temps elle ne peut plus se mettre à genoux. Il y a trente ans environ, sans cause connue, elle vit apparaître sur le genou gauche une tumeur indolente qu'on lui dit être une loupe, et à laquelle elle n'attacha aucune importance. Cette tumeur s'accrut très-lentement, et en 1856 elle avait le volume de la tête d'un fœtus. Au mois de mars de cette année, elle fit une chute sur le genou, et immédiatement apparut une autre tumeur au-dessous de la première. Des accidents inflammatoires se déclarèrent et cédèrent dans la quinzaine à un traitement approprié. Mais, depuis cette époque, la marche devint pénible et la génuflexion douloureuse. En juin 1857, on constate les faits suivants :

Au niveau de la rotule gauche, tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme, sans changement de couleur à la peau, à parois d'épaisseur inégale, minces et dépressibles au sommet, d'une dureté cartilagineuse à la base. Immédiatement au-dessous et en dedans, séparée de la première par une rainure profonde, deuxième tumeur moins volumineuse, oblongue, à grand diamètre oblique de dehors en dedans, à parois minces, sans dureté ; la peau est violacée, de couleur lie de vin. Ces deux tumeurs sont fluctuantes, et de plus une pression alternative fait refluer le liquide de l'une dans l'autre.

L'ancienneté de la maladie, le grand âge du sujet semblaient s'opposer à ce que l'on tentât un traitement curatif. Cédant cependant aux sollicitations de la malade, notre confrère ponctionna le 7 juin, avec le trocart explorateur, la tumeur inférieure et donna issue à un liquide couleur chocolat. Les deux tumeurs furent vidées, et il put constater facilement que la rotule était couronnée de mamelons très-durs, à base large, à sommet saillant, formant une chaîne continue, occupant la circonférence de la rotule, excepté en bas et en dedans, au niveau de la deuxième tumeur. Malgré une compression méthodique, le liquide se reproduisit, et le 3 septembre une nouvelle ponction fut faite. Le 12 août et le 1er septembre 1858, deux autres ponctions donnèrent issue à un liquide de même nature que le premier. Après chacune de ces opérations, aucun accident ne se déclara. Dans l'intervalle, après quelques jours de repos, la malade reprenait ses occupations habituelles.

Cinq jours après la dernière ponction, alors que rien d'extraordinaire ne s'était manifesté, la malade roula d'un escalier haut de 4 mètres. Une douleur vive se déclara dans les tumeurs ; la peau devint rouge, chaude et tendue ; en même temps, une grande fièvre s'alluma.

Le 10, M. Truchetet, craignant qu'une ouverture spontanée n'amenât avec l'entrée de l'air dans la plaie des accidents d'une grande gravité, évacua le liquide avec un trocart muni d'une baudruche. C'était du pus mêlé de sang. Mais il n'en résulta point de soulagement, et dès le lendemain, la petite plaie du trocart laissait suinter un liquide ichoreux et fétide. Fièvre, délire, insomnie, agitation.

Le 12, après avoir pratiqué une ouverture suffisante au moyen du bistouri, M. Truchetet fit une injection d'eau et de teinture d'iode deux fois le jour.

Dès le 14, le pus devint plus crémeux, moins fétide ; les accidents généraux se calmèrent peu à peu les

jours suivants. Une sonde flexible est laissée à demeure dans la plaie pour faciliter l'écoulement et rendre les injections moins douloureuses.

Du 14 septembre au mois de novembre, l'écoulement du pus devient de moins en moins abondant, les cavités se rétrécissent, leurs parois s'agglutinent, et le 12 novembre la plaie était fermée.

Ce fait est remarquable, surtout par l'ancienneté de la maladie qui avait tout d'abord éloigné tout espoir de guérison et toute tentative de traitement actif. Il a fallu qu'un accident vint en quelque sorte forcer la main au chirurgien pour lui faire obtenir une guérison inespérée. (*Gaz. des hôpit.*, janv. 1863.)

Nouveau cas de guérison de l'ongle incarné par le perchlorure de fer. L'ongle incarné est une affection assez commune, contre laquelle on n'a eu à opposer jusqu'à présent que des moyens quelquefois incertains et toujours douloureux. Si le perchlorure de fer avait l'efficacité que semblent lui garantir les faits suivants, son innocuité ne ferait qu'ajouter encore à la valeur de ce moyen.

« Vers le mois de juillet 1861, raconte M. le docteur Caillet, de Luynes (Indre-et-Loire), j'éprouvais une douleur assez vive au gros orteil droit. Un bourrelet épais, dur, très-sensible, s'était formé le long du bord externe de l'ongle. Au-dessous il existait une plaie, laquelle donnait une certaine quantité de pus. Bientôt les souffrances augmentant et la marche devenant intolérable, j'étais décidé à traiter cet orteil par les caustiques, lorsque la *Gazette des hôpitaux* fit connaître une observation de M. le docteur Wahu, qui en 1858, s'était guéri un ongle incarné par le perchlorure de fer. En présence d'un résultat aussi heureux obtenu par un procédé aussi simple, je n'hésitai pas, je barbouillai toute la partie externe du gros orteil avec du perchlorure liquide, et je plaçai entre l'ongle et le bourrelet un peu de perchlorure sec, que je pus maintenir dans cet endroit au moyen d'une petite bande imbibée elle-même de perchlorure. Le lendemain les parties malades étaient momifiées et dures comme du bois. J'essayai de marcher et je pus appuyer le pied par terre, sans éprouver la moindre souffrance. Je renouvelai quatre ou cinq fois le même pansement, tout en continuant de marcher. Le bourrelet devint dur comme de la pierre. La suppuration était tarie et je n'éprouvais aucune gêne, ni aucune douleur en marchant. Six semaines après, les couches endurcies se détachèrent, et depuis quinze mois, mon orteil est parfaitement guéri. »

Quoiqu'il fût parfaitement fixé par cette expérience personnelle sur la valeur de cette médication, notre confrère désirait cependant, avant de le recommander, avoir un nouveau cas à l'appui. L'occasion ne se fit pas attendre. Voici le second fait qu'il rapporte :

M. B*** avait un ongle incarné depuis trois mois, qui l'obligeait à garder presque continuellement la chambre. On avait employé alun, nitrate d'argent, pâte de Vienne, etc., sans succès, et l'on commençait déjà à parler d'opération, lorsque M. Caillet fut appelé. Voici dans quel état il trouva la partie malade : le gros orteil droit était rouge, gonflé; le long du bord externe se trouvait un bourrelet épais, mou, saignant (par suite de nombreuses cautérisations), que recouvrait une partie de la surface de l'ongle. En écartant le bourrelet autant que la douleur le permettait, on apercevait une petite plaie profonde, de laquelle s'écoulait du pus. Il appliqua immédiatement le perchlorure de fer liquide et sec. Le lendemain le bourrelet était durci, mais il s'écoula encore du pus pendant trois jours, et bientôt la douleur cessa, la suppuration tarit, et le malade put mettre ses chaussures, marcher, chasser même, sans éprouver la plus petite souffrance. Le bourrelet ne tomba que deux mois et demi après, et le tissu de nouvelle formation résistait alors parfaitement à la pression du bord de l'ongle. (*Gaz. des hôpit.*, février 1863.)

Mort imminente ; retour à la vie à la suite de l'administration de teinture de cantharides à hautes doses. Le docteur Muse, médecin et chirurgien de l'hôpital de la marine des États-Unis, à la Nouvelle-Orléans, rapporte le cas suivant, que nous consignons ici, laissant à chaque lecteur le soin de le commenter et d'en tirer les conclusions qui lui paraîtront acceptables.

B. W., âgé de trente ans, atteint de tubercules pulmonaires, fut pris de délire violent le 7 septembre dernier. Pensant avoir affaire à une méningite

tuberculeuse, le docteur Muse institua le traitement en conséquence: médication sédative combinée avec des moyens propres à soutenir les forces, tel fut le plan adopté et suivi, mais sans le moindre bénéfice, jusqu'au moment où des symptômes de prostration avec excitation devinrent tellement évidents que tout sédatif direct fut abandonné, pour recourir à une méthode de traitement dont ces agents furent scrupuleusement exclus. Le 9 il y avait trois nuits que le malade n'avait dormi, et son estomac n'avait gardé aucun aliment; il alla déclinant de jour en jour, et le 12 septembre il était littéralement moribond. Le pouls radial était cependant perceptible et la respiration diaphragmatique s'exécutait encore; c'était avec la plus grande difficulté que l'action réflexe de la déglutition pouvait être excitée, et les sphincters étaient complétement relâchés.

Peu de temps auparavant le professeur R. K. Browne, de New-York, avait exprimé au docteur Muse le désir que celui-ci voulût bien administrer la teinture de cantharides dans le premier cas de mort imminente par asthénie qui viendrait à se présenter à son observation. En conséquence le docteur Muse commença l'emploi *héroïque* de ce médicament, à des doses de quarante gouttes, fréquemment mais irrégulièrement répétées, suivant l'effet obtenu. Dans un laps de temps incroyablement court, la chaleur revint à la peau, les sphincters recouvrèrent leur degré normal de tonicité, l'aspect hippocratique disparut, la respiration se rétablit pleinement et d'une manière égale, et tout symptôme fâcheux s'évanouit comme par magie. Dans l'espace de trois ou quatre heures il avait été administré entre deux et trois drachmes fluides (la drachme fluide égale en poids français 3,69 grammes) de teinture de cantharides. Le malade jouit d'un bon sommeil la nuit suivante, et le matin il était dans la calme possession de ses facultés mentales; il put prendre et garder des aliments en quantité suffisante; enfin il se trouvait en voie de rétablissement de ces accidents qui avaient été sur le point de l'emporter. La teinture fut dès lors donnée à doses décroissantes, puis enfin supprimée, et le 14 septembre le malade était complétement rentré dans son état de santé antérieur, sans avoir éprouvé, chose remarquable, rien qui eût l'apparence du moindre symptôme de strangurie.

D'après l'opinion du docteur Browne, la strangurie ne se présentera jamais dans ces cas extrêmes de débilité, et la vie, alors qu'elle paraît toucher à son terme, peut quelquefois être sauvée par cet héroïque remède. Dans d'autres cas, il le recommande combiné, en plus petites quantités, avec d'autres médicaments, lorsqu'un stimulant franc et puissant est nécessaire. (*Amer. med. Times*, et *British med. Journ.*, 13 décembre 1862.)

Emploi du bois de campêche comme agent désinfectant, emploi proposé dans l'ozène. On se sert avec succès, en Amérique, de l'extrait de bois de campêche, en simple solution aqueuse appliquée topiquement, pour neutraliser l'odeur fétide des plaies et des ulcères en mauvais état. Cette solution est également avantageuse dans les ulcérations cancéreuses. Dans les cancers de l'utérus, on peut l'employer sous forme d'injections, et avec une efficacité parfaite, pour faire disparaître l'affreuse odeur qui accompagne presque toujours cette cruelle maladie. Nous avons conseillé à un de nos confrères d'essayer l'emploi de cette décoction dans un cas d'ozène, avant de recourir aux injections de solutions de permanganate de potasse, nouvellement préconisées dans le traitement de cette maladie. (*Amer. med. Times*, et *British med. Journ.*, janv. 1863.)

Nouvelle tente dilatatrice préparée avec la laminaire digitée. Le docteur Sloan, d'Ayr, a fait la découverte d'une nouvelle substance que ses propriétés rendent propre à remplacer avec avantage l'éponge préparée comme agent dilatateur, à savoir les tiges desséchées d'une plante marine de la famille des fucacées, la *laminaire digitée*. Cette plante, comme toutes les algues, étant d'une structure purement celluleuse, possède la propriété de se dessécher rapidement à la température ordinaire, et ainsi diminue de volume dans une proportion considérable, devient ferme, élastique et tenace. Elle peut rester dans cet état pendant des années, et par la simple absorption de l'humidité elle reprend promptement son volume primitif. On peut facilement la tailler en lui donnant quelque forme que ce soit; enfin, étant une des plantes marines les plus communes, on la trouve toujours en abondance. Le docteur Sloan a non-seule-

ment essayé lui-même cette laminaire pour l'usage ci-dessus spécifié, mais plusieurs de ses amis en ont également fait l'essai, et tous ont trouvé qu'elle donnait de très-bons résultats, et remplaçait parfaitement l'éponge préparée dans tous les cas où l'on a coutume de recourir à celle-ci. Un grand avantage attribué à la tente dilatatrice en question, c'est qu'elle n'occasionne rien de semblable à la fétidité à laquelle donne lieu l'emploi de l'éponge. L'auteur pense qu'on peut s'en servir pour procurer la dilatation du col utérin, de l'urètre, des canaux lacrymaux, de la trompe d'Eustache, etc. Exposée à l'humidité, elle double de diamètre en quatre heures. (*Glasgow med. Journ.*, et *British med. Journ.*, 28 février 1863.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX,

Lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Des difformités si nombreuses que l'enfant peut présenter à sa naissance, et qui sont compatibles avec le maintien de la vie, il n'en est pas de plus considérables que celles qui sont constituées par l'arrêt de développement des membres. En effet, par une de ces lois mystérieuses de la nature, la tendance au développement symétrique des organes homologues, l'anomalie porte souvent sur les quatre membres à la fois, plus fréquemment encore sur les deux membres thoraciques, ou sur les deux membres abdominaux, tandis que, rarement, elle semble affecter un seul d'entre eux, et cela quel que soit le genre de vice de conformation. Il résulte de ce fait que l'étude des cas d'arrêt de développement des membres n'a encore été abordé que par les tératologistes.

Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire, dans son savant Traité des *anomalies de l'organisation*, a rassemblé tous les exemples connus de ces sortes de déviations du type normal ; après avoir tracé les caractères indicateurs de cette espèce d'anomalie, il lui assigne un rang intermédiaire entre les véritables monstruosités et les simples vices de conformation. Cependant, le titre qu'il donne à ce chapitre de son livre : « *Des monstres ectroméliens*, » prouve que notre savant auteur penche à classer l'avortement plus ou moins complet des membres dans le dernier embranchement tératologique.

Nous nous expliquons cette classification par la nature des matériaux qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a eus à sa disposition. Jusqu'ici, on n'a guère pris la peine de recueillir que les exemples des anomalies les plus considérables, de sorte que, en tenant compte seulement des faits consignés dans les annales de l'art, on n'a qu'un élément de la question.

Lorsque l'anomalie est trop peu considérable pour que les individus pauvres puissent exploiter leur infirmité et en faire ressource, ils la cachent. Il faut que le hasard des circonstances vienne nous en rendre les témoins. Toutefois, lorsqu'on sait rechercher ces faits prétendus très-rares, on est tout étonné du nombre des exemples que l'on parvient à découvrir. Nous allons tout à l'heure en fournir la preuve.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a divisé cette famille tératologique en trois genres : la *phocomélie*, l'*hémimélie* et l'*ectromélie*. Nous allons passer rapidement en revue chacun de ces genres, et nous nous appesantirons spécialement sur les cas dans lesquels l'anomalie porte sur un seul des membres abdominaux,

afin d'indiquer les secours que la prothèse peut offrir aux individus atteints de ces vices de conformation. La fonction des membres inférieurs est telle que, du moment où la forme de l'un d'eux vient à être affectée d'une manière sensible, la marche devient impossible sans un secours étranger.

Phocomélie.

Les tératologistes, pour leurs dénominations des monstruosités chez l'homme, ont cherché les points de rapport qui pouvaient exister entre les anomalies subies par l'organisation dans notre espèce et la conformation normale chez les animaux inférieurs. Ainsi, pour la première forme de ces vices de conformation constitués par l'arrêt de développement des divers segments des membres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire fait remarquer que, chez les mammifères nageurs, les deux segments intermédiaires entre le tronc et la main ou le pied se trouvent réduits à de très-petites dimensions et cachés par les téguments communs, comme chez les cétacés et les phoques.

« Ce sont, dit-il, ces conditions appartenant en propre dans l'état normal aux animaux aquatiques et à quelques fouisseurs très-anomaux, tels que la taupe ; ce sont surtout celles des phoques, qui, réalisés quelquefois par anomalie chez l'homme et les animaux essentiellement terrestres, caractérisent la monstruosité que je nomme pour cette raison *phocomélie.*

« ..... Des mains ou des pieds de grandeur ordinaire, et le plus souvent même complétement normaux, qui, supportés par des membres excessivement courts, semblent, dans la plupart des cas, sortir immédiatement des épaules et des hanches : tel est le caractère commun de ce genre, auquel se rapportent déjà, dans l'état présent de la science, plusieurs sujets d'ailleurs différents à plusieurs égards.

« Ainsi, les deux membres abdominaux seuls, ou bien les deux thoraciques, ou même les quatre membres, peuvent être affectés à la fois de phocomélie. On conçoit aussi la possibilité que la monstruosité n'affecte qu'un seul membre thoracique ou abdominal : *mais cette modification de la phocomélie ne m'est encore connue par aucune observation authentique.* »

Si les exemples de phocomélie pelvienne unique étaient aussi rares que le pensait Is. Geoffroy Saint-Hilaire, nous n'aurions pas à nous en occuper. Mais il est loin d'en être ainsi, et nous allons pouvoir citer un aussi grand nombre de cas de ces sortes d'arrêt de développement borné à un seul des membres abdominaux chez des individus vivants, que le savant tératologiste a pu rassembler de cas de phocomélie multiple en groupant tous les faits consignés dans les annales de la science depuis plus d'un siècle.

Ce n'est pas à dire que nous voulions prétendre établir par là que les faits de phocomélie unique soient plus fréquents que les cas de phocomélie double ou quadruple. La nature même, dans ses écarts, ne rompt pas complétement avec ses lois ; or, nous l'avons dit, le développement des membres se produisant d'une manière symétrique, lorsque l'un d'eux vient à être atteint dans son organisation, l'autre subira, le plus souvent, la même modification. Toutefois, les faits exceptionnels sont encore assez fréquents pour qu'on doive compter avec eux.

La grande différence qui existe entre les résultats des recherches d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire et les nôtres, tient aux sources où nous sommes allés puiser nos exemples. Le savant tératologiste a tracé sa description de cette anomalie, surtout à l'aide des faits consignés dans la science ; or, nous l'avons déjà fait

remarquer, les observateurs n'ont publié que des exemples des anomalies les plus compliquées.

Les sciences d'observation ne se constituent pas avec ces seuls documents et dans l'isolement du cabinet de travail. Il faut encore parcourir d'une manière incessante les lieux où convergent toutes les misères humaines, les hôpitaux et les hospices. Là, on rencontre les exemples qui appartiennent aux classes inférieures de la société. Quant aux cas fournis par les classes mieux favorisées de la fortune, ils ne vous échapperont pas davantage, si vous savez les chercher.

L'arrêt de développement de l'un des membres abdominaux ne constitue pas seulement une difformité, mais porte encore un obstacle considérable à la station et à la marche. Les individus porteurs de cette anomalie sont donc conduits, lorsqu'ils possèdent quelques ressources, à s'adresser aux fabricants de jambes artificielles, afin d'en obtenir un appareil qui leur permette de marcher autrement qu'avec des béquilles.

C'est à ces sources d'observation, la dernière spécialement, que je suis allé puiser les faits qui devaient me permettre de répondre aux demandes qui nous sont adressées par M. le professeur Ange Duval.

Consulté par un individu affecté de phocomélie du membre abdominal droit, sur les services qu'il pourrait obtenir de l'usage d'une jambe artificielle, notre collègue est venu nous soumettre le dessin de l'appareil prothétique qu'il se proposait de faire construire pour ce jeune homme. La difficulté et la nouveauté du sujet l'incitaient à réclamer nos conseils.

Avant de produire les résultats de l'enquête à laquelle je me suis livré, pour répondre aux désirs de M. A. Duval, je dois jeter un coup d'œil sur les formes du membre abdominal dans les cas de phocomélie. Les faits que nous allons grouper, montreront que la conformation de ces appendices est beaucoup plus variée que ne le croyait Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Phocomélie des quatre membres.

Dans l'historique que nous tracerons de ce point de la question, nous bornerons notre examen aux documents publiés en France ; on peut les contrôler facilement, puisque les ouvrages se trouvent dans toutes nos bibliothèques.

Le cas le plus ancien est celui rapporté par un médecin de Lyon, Bouchard. Il a pour sujet un enfant nouveau-né, abandonné sur la voie publique le 5 mars 1671. L'arrêt de développement porte sur les quatre membres : les pieds semblent sortis du bassin; les bras, un peu plus longs, sont terminés par des mains ne présentant que trois doigts. La tête, affectée d'hydrocéphalie, offre presque le volume d'une tête d'adulte, il existe en outre une double division de la lèvre supérieure.

Bouchard a donné deux descriptions de ce petit monstre : l'une en français, imprimée à Lyon ; une seconde, plus courte, en latin, se trouve insérée avec les deux dessins dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (décade 1, obs. XIII).

Le second fait est fourni par Regnault. Son ouvrage est intitulé, non : *Ecarts de la nature*, comme l'indique Is. Geoffroy Saint-Hilaire, mais : *Description des principales monstruosités dans l'homme et dans les animaux*. La planche XXXI représente un nain nommé *Pépin*, et dans la légende on lit : « Ce petit être, que tout Paris a pu voir en 1757 et 1758, était privé des bras, des

avant-bras, des cuisses et des jambes. Il était vêtu à la manière turque et s'escrimait avec son petit cimeterre pour amuser les spectateurs. »

Le dessin publié par Regnault représente exactement le degré de l'anomalie offert par le sujet de l'observation suivante. Aussi Is. Geoffroy Saint-Hilaire, en parlant de ce fait, dit : « Cas analogue à celui de Duméril. »

Pour nous, le Pépin représenté par Regnault, et le Cazotte dont Duméril va nous donner l'observation, sont le même individu observé à deux époques différentes de la vie de ce nain ; Cazotte est le nom, Pépin le surnom. Nous en trouvons pour preuve le nom de Pépin inscrit sur les pièces conservées au

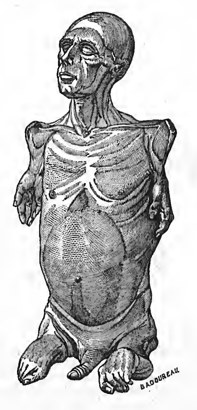


Fig. 1.

musée Dupuytren, la similitude complète de l'arrêt de développement des membres et l'aspect plus jeune du nain dans le dessin de Regnault : en 1757, Cazotte avait dix-neuf ans.

Cette rectification proposée, nous poursuivons.

L'observation la plus complète de toutes celles que possède la science a été publiée par Duméril (1). Elle a pour sujet un homme de soixante-deux ans, sur-

(1) *Bulletin de la Société philomatique*, t. III, an XI, p. 122.

nommé le *Petit nain*, qui, après avoir employé sa vie à se montrer dans les principales villes de l'Europe, est venu mourir à l'hospice de Bicêtre vers la fin de l'an XI. Le corps moulé en plâtre, ainsi que le squelette de cet individu, étant conservés dans le musée Dupuytren [1], nous avons pu faire copier sur la nature les figures que nous joignons à notre analyse. L'observation de Duméril a pour titre : *Notice sur un homme mort à l'âge de soixante-deux ans, dont les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes ne s'étaient pas développés.*

Obs. Marc Cazotte était né à Venise en 1738, de parents très-robustes et d'une assez haute stature. Il avait plusieurs frères, tous grands et bien conformés. Son tronc ne présentait aucune difformité et paraissait devoir appartenir à un homme de 5 pieds 6 pouces : à l'exception du non-développement de ses membres et de l'absence du scrotum, on ne voyait rien de remarquable à l'extérieur. Ses membres pectoraux étaient formés par une épaule très-saillante et une main bien conformée ; les membres abdominaux consistaient en une fesse aplatie, que supportait un pied mal développé, mais complet dans toutes ses parties (fig. 1).

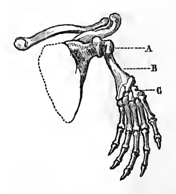


Fig. 2.

La dissection de son cadavre, faite avec beaucoup de soin par le professeur Duméril, aidé par le prosecteur de l'Ecole, Geoffryon, révéla les particularités suivantes. La clavicule était, à l'un et l'autre membre thoracique, presque droite et extrêmement épaisse à son extrémité sternale, et les apophyses acromion et coracoïde allongées. L'humérus et les os de l'avant-bras, suivant ces anatomistes, n'existaient pas, et la main, dont les phalanges n'étaient pas susceptibles d'une extension complète, s'articulait avec l'omoplate par un des os du carpe. Le dessin du squelette du membre droit que nous reproduisons, montre que la pièce que Duméril donne comme un os du carpe est un radius incomplétement développé (B, fig. 2).

Les muscles qui, normalement, entourent la tête de l'humérus, se réunissaient inférieurement par leurs tendons en une sorte de bourse. Les autres muscles, tels que le grand pectoral, le grand dorsal, le grand rond et le deltoïde, se réunissaient en un tendon commun placé entre le scapulum et la main. Les muscles de l'avant-bras existaient, mais à l'état rudimentaire. Enfin, les extenseurs et les fléchisseurs des doigts s'inséraient supérieurement sur les tendons de la région scapulo-humérale.

Aux membres abdominaux, on trouva de chaque côté la tête du fémur avec les deux trochanters C, (fig. 3 et 4) et un tibia qui n'avait aucune connexion avec le fémur. Suspendu par un ligament A prenant son point d'attache à l'épine

[1] Cette pièce ne portant d'autre désignation que le nom de Pépin, on ne savait où aller chercher l'histoire de cet individu. Si l'on compare ce squelette avec le dessin publié par Duméril, il ne restera aucun doute sur l'identité des deux phocomèles.

iliaque antérieure, ce tibia B s'articulait avec le pied D, dont les doigts étaient crochus.

L'appareil musculaire présentait à peu près la même disposition que dans le membre thoracique. On y voyait des rudiments de presque tous les muscles. Les fléchisseurs de la jambe se réunissaient en un seul tendon sur le côté interne du calcanéum ; les extenseurs conservaient en petit leur forme ordinaire. Tous les orteils avaient des extenseurs et des fléchisseurs; leurs attaches supérieures étaient aux épines antérieures de l'os coxal et sur les rudiments du fémur et du tibia.

Quant au tronc et à la tête, ils ne présentaient que de légères anomalies, trop peu remarquables, si ce n'est l'absence des masseters, pour être rappelées ici.

Malgré ce développement incomplet des membres, cet homme était d'une adresse remarquable. « Il attirait la foule, dit Duméril, non-seulement par sa conformation singulière, mais encore par la force étonnante de ses mâchoires et surtout par la dextérité avec laquelle il faisait voltiger au-dessus de sa tête

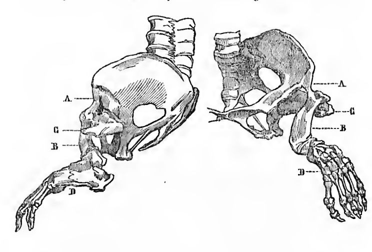


Fig. 3. Fig. 4.

des armes, des bâtons ; en agissant avec ses moignons, il lançait d'une main des objets dans l'air et les recevait de l'autre avec la plus grande justesse.

« Comme il pouvait à peine atteindre à sa bouche avec l'extrémité des doigts, sa plus grande difficulté aurait été de se nourrir seul et sans aide, si l'anatomie n'eût montré dans la conformation singulière de sa mâchoire le moyen que la nature avait employé pour obvier à cet inconvénient, en la faisant aller elle-même au-devant des aliments par un mouvement de protraction et d'abaissement simultané très-extraordinaire (mouvement rendu possible par l'absence des masséters, ainsi qu'on peut le remarquer sur la figure 1).

« Quoique Cazotte pût marcher et se tenir assez bien sur ses pieds, il aurait éprouvé la plus grande peine pour saisir les objets situés au-dessous ou à une certaine distance de ses mains; mais il les avait pour ainsi dire allongées en imaginant un instrument très-simple à la vérité, mais qui, dans toute l'étendue de l'expression latine (*manubrium*), était pour lui le membre le plus utile.

Qu'on se figure un bâton creux de bois de sureau de trois pieds de longueur environ, dans la cavité duquel se plaçait et pouvait se mouvoir une tige de fer cylindrique de même longueur et terminé à l'une des extrémités par un crochet recourbé en hameçon et très-acéré, on se fera une idée de l'adjutoire de notre petit nain.

« Voulait-il saisir un objet situé à quelque distance de sa main, boutonner sa culotte par exemple, prendre et soulever son gobelet de métal, tirer à lui sa couverture, etc., etc., saisissant d'une main son bâton qui ne le quittait jamais, il le poussait entre les doigts de manière à en porter l'extrémité armée du crochet vers la main libre; tirant aussitôt la tige, il en portait le crochet vers l'objet qu'il voulait saisir et le menait alors à lui, le tournait et le retournait sans changer le bâton de main, mais en y faisant rentrer comme dans un fourreau la petite verge de fer terminée en crochet. L'habitude de se servir de cet instrument lui avait donné une si grande adresse, qu'on l'a vu plus d'une fois ramasser sur la terre, et même sur une table, une pièce de monnaie lorsqu'on désirait qu'il en fît l'épreuve.

« Les membres abdominaux de Cazotte, comme on le voit dans la figure 1, ne consistaient presque que dans les pieds; malgré leur extrême brièveté, cet individu pouvait se tenir debout et même marcher. Plus d'une fois on l'a vu se promener dans les cours de l'hospice et même faire près d'un quart de lieue. Lorsqu'il était fatigué, il lui suffisait d'écarter un peu ses pieds pour se trouver assis, ou du moins posé sur ses tubérosités ischiatiques; il restait ainsi des heures entières à converser avec les curieux qui venaient visiter l'établissement. Il aimait à raconter ses aventures et ses voyages; il parlait et écrivait quatre langues, la vivacité de son esprit naturel et son accent méridional rendaient sa conversation intéressante. »

Malgré l'absence de scrotum et l'inclusion abdominale de ses testicules, cet homme avait des appétits vénériens assez prononcés ; il se vantait de ses bonnes fortunes, mais un témoignage moins récusable est celui du chirurgien de l'hospice, le docteur Hébréard, qui, à deux reprises différentes, eut à le traiter de maladies vénériennes.

Ces exemples de phocomélie sortent du cadre que nous nous sommes tracé, puisque l'anomalie affectait les quatre membres à la fois. Plusieurs motifs, cependant, nous ont porté à les consigner ici, surtout le fait de Cazotte.

D'abord, c'est le seul cas dans lequel un examen anatomique soit venu nous fournir des renseignements précis sur la composition du squelette de ces membres, sur le mode d'articulation des segments osseux, ainsi que sur les modifications subies par l'appareil musculaire.

Les particularités mises en relief par l'autopsie de cet individu sont des plus intéressantes. Malgré l'absence complète du fémur, on voit que les muscles de la partie supérieure du membre sont les plus développés; ainsi cet homme possédait une cuisse sans fémur. La même remarque s'applique au membre thoracique. Ce fait vient prouver une fois de plus que l'évolution des muscles est plutôt en rapport avec l'existence des vaisseaux qu'avec celui du levier osseux que ces agents doivent faire mouvoir. On lit, en effet, dans le récit de Duméril : « La distribution des nerfs, et des vaisseaux qu'on avait injectés, ne présenta d'autre différence que celle de la longueur respective des membres. »

Les renseignements fournis par l'autopsie de Cazotte vont nous permettre de nous rendre compte tout à l'heure de la composition anatomique du membre avorté chez nos sujets atteints de phocomélie unique.

En second lieu, les détails rapportés par Duméril sur les exercices auxquels Cazotte se livrait, montrent les services utiles que les phocomèles peuvent obtenir de leur membre, par suite d'une gymnastique soutenue.

Cette donnée est assez importante pour nous engager à multiplier nos exemples. Du reste, ils sont peu nombreux dans notre littérature.

Phocomélie bi-abdominale.

Il existe, dans le musée d'anatomie de la Faculté de Montpellier, le squelette d'un individu affecté de phocomélie bi-abdominale dont le professeur Dumas nous a rapporté l'histoire dans le troisième volume de son *Traité de physiologie*.

Comme chez Cazotte, le squelette des membres abdominaux est composé du segment jambier, mais un peu plus développé. Les fémurs sont réduits : à droite, en une masse inégale de forme triangulaire, s'articulant d'une part avec

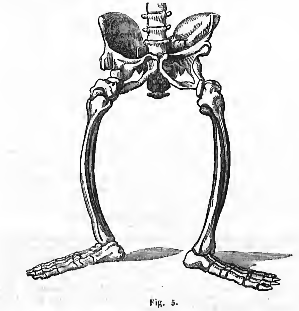


Fig. 5.

les condyles du tibia, de l'autre, arc-boutant contre la saillie du rebord cotyloïdien ; à gauche, la petite masse osseuse constituée par l'arrêt de développement du fémur est soudée avec les condyles du tibia, de façon à constituer une seule pièce osseuse (fig. 5).

« La forme de cet os unique, dit Dumas, semble participer un peu du fémur et du tibia. Il affecte la courbure du premier, et il se termine inférieurement comme le second, par une éminence et une concavité relative à son articulation avec l'os qui fait l'office de l'astragale. Celui-ci est soudé avec le calcanéum, et de cette soudure résulte une masse informe, irrégulière. Les os du métatarse sont bornés au nombre de quatre, comme les orteils.

« La bizarre structure de ses membres abdominaux n'empêcha pas l'homme à qui ils appartenaient, ajoute l'auteur, d'exécuter tout ce que la marche, la danse et le saut peuvent avoir de plus singulier. Il vivait du métier de sauteur,

dans lequel il s'était rendu très-habile, malgré les obstacles invincibles que semblaient lui susciter la conformation informe de ses jambes et de ses pieds. Il montrait constamment beaucoup de souplesse et de légèreté, soit qu'il s'élevât au-dessus du sol pour retomber sur le sacrum, en écartant les jambes comme les branches d'un compas, soit que, recourbé en arc contre la terre, il portât tout le poids de son corps sur l'extrémité de ses orteils et de ses doigts, soit qu'il fît tourner sa colonne vertébrale sur le bassin, en imprimant la même rotation à ses cuisses, soit enfin qu'il inclinât le tronc avec effort pour le placer sur une seule de ses jambes, qui, seule, en soutenait la masse et en fixait l'équilibre, etc., etc. »

La structure de ce squelette suggère à Dumas des objections contre les théories mécaniques du saut, et il termine en cherchant à prouver qu'il est impossible de réduire au calcul les fonctions de l'homme qui semblent le mieux s'y prêter, « parce que ces fonctions sont fréquemment altérées et compliquées par des lois qui n'ont de prise que sur des corps animés, et par des circonstances d'habitude, de nécessité, d'éducation, qui exercent sur la nature humaine plus d'empire que le grossier mécanisme de l'organisation. »

Nous ne relèverons pas les exagérations contenues dans ces passages du professeur de physiologie, et, à supposer que son phocomèle ait pu accomplir la moitié seulement des exercices qu'il signale, on y trouverait la preuve du seul fait qui nous importe : le bon usage des membres ainsi constitués.

Par suite de la disposition au développement symétrique des organes homologues, le plus souvent les membres abdominaux affectés de phocomélie présentent des dimensions identiques ; de sorte que la prothèse n'a pas à intervenir. Mais il peut arriver, et Breschet en a publié un exemple, que les membres n'aient pas la même longueur. Nous laisserions ce travail incomplet si nous passions sous silence les services que les appareils mécaniques peuvent rendre dans ces cas aux malheureux mutilés. Mais, auparavant, nous devons élucider le point principal de notre étude; puis nous terminerons par l'indication des appareils prothétiques dans le cas de phocomélie *asymétrique*.

Un concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchement vient de s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris. Le jury se compose de MM. Denonvilliers, président, Broca, Depaul, Gosselin, Jobert (de Lamballe), Larrey, Laugier, Malgaigne et Nelaton, juges titulaires; MM. Foucher et Velpeau, juges suppléants. Les candidats pour la chirurgie sont MM. Bastien, de Saint-Germain, Desprès, Guyon, Labé, Lefort, Legendre, Panas, Parmentier, Péan, Rambault et Tillaux. Les candidats pour les accouchements sont MM. Bailly, Charrier, Gueniot, Joulin, Mattei et Salmon.

Sont nommés dans la Légion-d'honneur, au grade d'officier, MM. Walther, chef du service médical à la Vera-Cruz ; au grade de chevalier, M. Manenti, chirurgien auxiliaire de la marine.

MM. les docteurs Brogniart fils et Humbert sont nommés inspecteurs de la vérification des décès, en remplacement de MM. Chapotin de Saint-Laurent et Roger (de l'Orne), décédés.

M. le docteur Legrand du Saull est nommé expert assermenté, en remplacement de M. Roger (de l'Orne.)

A la suite des concours ouverts à l'Hôtel-Dieu de Nantes, ont été nommés médecins suppléants : MM. les docteurs Charlier et Th. Laennec ; chirurgien suppléant : M. le docteur Vignard.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Examen comparé des résultats statistiques obtenus dans les divers traitements de la pneumonie.

Par M. le docteur T. Saucerotte fils, médecin de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.

Il y aura bientôt trente ans que M. Bouillaud, publiant son *Essai sur la philosophie et les généralités de la clinique médicale*, inscrivait en tête de son livre cette épigraphe enthousiaste :

Major mihi rerum nascitur ordo,
Majus opus moveo.....

La réaction contre l'emploi de la saignée [1] ne se fit point attendre ; elle est arrivée aujourd'hui à ses dernières limites, et refuse à cette pratique toute efficacité dans la pneumonie. Née il y a plusieurs années en Allemagne, la doctrine nouvelle y poursuit sa marche ; l'Angleterre, la France, la Suède lui amènent successivement leurs contingents de défenseurs, aussi convaincus que l'était M. Bouillaud. Il y a peut-être de la témérité à venir se placer en travers de ce courant puissant qui entraîne les meilleurs esprits ; de plus, cette doctrine, nouvelle et par cela même attrayante, paraît s'imposer comme une vérité mathématique, indiscutable, en s'appuyant sur des chiffres. Le dernier champion de l'expectantisme, ou du moins de l'abstention des émissions sanguines, Magnus Huss, fort de l'autorité de 3,000 faits, d'où résulterait l'inutilité et le danger des émissions sanguines, déclare que la saignée augmente de 1 1/2 pour 100 la mortalité dans la pneumonie.

Rien de plus brutal que les faits, a-t-on dit ; l'histoire des variations de la médecine est cependant là pour nous apprendre qu'il y a manière de s'en servir, et qu'on peut souvent dans notre art dire ce que B. Constant disait à propos de son ouvrage *De la religion :* « J'ai là 30,000 faits que je puis faire manœuvrer à mon gré. »

Si les grands nombres ont leur valeur, c'est à la condition de faire connaître les unités qui les composent ; d'ailleurs, quelque grands qu'ils soient, ils n'imposent pas toujours en médecine la conviction. La preuve, c'est que H. Bennet n'a pas convaincu tout

[1] Voyez, sur ce point, F. Dubois, d'Amiens : Des émissions sanguines, de leurs partisans et de leurs détracteurs, aux différentes époques de la médecine. (Expérience, 1838.)

C. Saucerotte, La saignée et ses détracteurs, *Bulletin de Thérapeutique*, t. LI.

le monde de l'inutilité et des dangers du mercure dans la syphilis, en citant 80,000 faits à l'appui de son opinion (*Gaz. hebd.*, 1861, p. 143) [1].

Si nous n'acceptons que sous bénéfice d'inventaire les résultats du médecin suédois, nous avons du moins d'autres statistiques dont les éléments sont connus; et, sans reprendre l'interminable discussion de la méthode numérique, nous ne pouvons cependant nous abstenir de reproduire quelques réflexions qui, pour n'être pas neuves, n'en sont pas moins absolument vraies et bonnes à rappeler.

Lorsqu'en médecine on opère sur de grands nombres, on confond forcément des unités dissemblables; si, au contraire, l'on opère sur de petits, on laisse en dehors de l'observation des éléments importants, et dont l'omission fausse les conclusions qu'on en tire; on tombe ainsi facilement dans l'erreur de raisonnement connue en logique sous le nom de *dénombrement imparfait*. Puis, si l'on veut parler statistique (c'est-à-dire de la science qui se compose de toutes les observations susceptibles d'être réduites en moyennes exprimées par des nombres), il faut ramener tous les faits à des formules uniformes, identiques ou proportionnelles. Je m'explique : Chomel perd par une méthode de traitement, 38 malades sur 90; Leudet, par une seconde méthode, 3 sur 40. Peut-on déduire rigoureusement de là que le premier traitement donne une moyenne mortuaire de 40 pour 100 et le deuxième de 7 pour 100? D'autre part, si on ne le fait pas, comment comparer des proportions arithmétiques à dénominateurs variables $\frac{90}{38}$ à $\frac{40}{3}$? Enfin, peut-on appliquer aux observations médicales, c'est-à-dire à des faits particuliers, individuels, ces principes de statistique : « que l'erreur devient d'autant moindre que les observations ont été plus nombreuses ; — que la précision croît comme la racine carrée du nombre des observations? » Que les ontologistes pensent ainsi, cela n'a rien d'étonnant; mais ce qui peut surprendre, c'est de voir des organiciens raisonner de même, et s'écrier comme M. Bouillaud, à propos de sa méthode thérapeutique comparée à celle de Chomel : « Sur 300,000 pneumoniques on en sauverait 65,000 de plus que par la pratique ordinaire. »

Tels sont les obstacles que rencontrent ceux qui veulent édifier en médecine des théories sur des données absolues. C'est sur ce

[1] L'Allemagne, en effet, compte encore dans les rangs des *mercuristes* Virchow, Valler, Michaëlis; en France, sans parler de l'illustre chef de l'école syphilographique, le sceptique et rigoureux Diday reconnaît l'utilité du mercure *quand la syphilis est forte* (*Gaz. hebdom.*, 1861, p. 393).

terrain cependant que les partisans de l'expectantisme se sont placés ; c'est là que nous allons les suivre.

Le tableau suivant résume *en chiffres* les résultats d'un grand nombre d'observateurs.

En tête de ce tableau figurent les noms de cinq médecins éminents qui ont pratiqué dans les hôpitaux de Paris, et qui ont puisé là les éléments de ces statistiques. La mortalité de leurs services est énorme, puisqu'elle atteint pour G. de Mussy 40 pour 100. Mais, est-ce là le chiffre habituel de leur pratique civile ou même hospitalière ? Personne ne l'acceptera comme tel, même M. Bouillaud, et ce sont des pertes exceptionnelles dépendant de circonstances non mentionnées, la constitution médicale, l'âge [1]. Chomel lui-même (*Dict. de méd.*, PNEUMONIE) répondra pour nous : en 1838 et 1839, il n'a compté dans son service que 8 morts sur 84 pneumonies, soit 9,52 pour 100. C'est le chiffre que l'expectantisme a donné à Dietl en 1852. D'ailleurs, on le sait trop, des statistiques récentes l'ont révélé, la mortalité des services médico-chirurgicaux est véritablement exceptionnelle dans les hôpitaux de notre capitale.

Hugues Bennet, qui vient ensuite sur le tableau, a eu, dans ses essais comparatifs, la main malheureuse relativement à l'emploi de la saignée ; il accuse une mortalité de 24 pour 100, c'est-à-dire double de celle de M. Bouillaud. C'est là cependant une des données sur lesquelles il s'appuie pour condamner la saignée d'une manière absolue.

Nos confrères viennois produisent aussi une statistique des plus fâcheuses, car elle résume dix années (1847-1856). A l'hôpital général de Vienne, où la saignée est sinon proscrite, du moins rarement employée depuis les travaux de Dietl et Skoda, on perd 24,4 pour 100 de pneumoniques. La mortalité s'est-elle modifiée depuis que ces doctrines dominent tout à fait la pratique viennoise ? Point, car M. Leudet nous cite pour 1856, 1857 et 1858, trois moyennes de 28,33 pour 100, 23,56 pour 100, 23,77 pour 100.

De Bordes et Schmidt, imitant en Hollande l'expectantisme absolu de Dietl, ont une moyenne mortuaire qui les place immédiatement après les plus néfastes statistiques.

---

[1] La mortalité s'accroît avec le nombre des années. Chomel, dans sa clinique, a compté, chez les sujets de quinze à vingt ans, 2 morts sur 59 ; de vingt à quarante ans, 1 mort sur 8 ; de quarante à soixante ans, 1 mort sur 5. Voyez aussi la clinique de Rasori. Gilette, à l'hôpital des Enfants, a eu 59 guérisons consécutives ; E. Barthez, sur 212 enfants pneumoniques, en a perdu 2. (*Acad. de méd.*, avril 1862.)

Nos d'ordre [1].	Observateurs, localités, époques.	Traitements employés.	Nombre des malades.	Mortalité absolue.	Moyenne mortuaire.
33	F. Gnéneau de Mussy (Hôtel-Dieu, 1829) [2]	Traitement traditionnel	90	38	40 %
32	Louis (Hôtel-Dieu) [3]	Saignées	78	28	35 %
31	Chomel (Charité) [4]	Traitement traditionnel	123	40	33 %
30	Bertin (Cochin, 1822) Cayol (Charité) [5]	Idem	»	»	25 %
29	Hugues Bennet (Edimbourg) [6]	Saignées	85	20,4	24 %
28	Hôpital général de Vienne (1847-1856) [7]	Traitements divers, y compris la saignée	»	»	24,4 %
27	Schmidt (Hollande) [8]	Expectation pure	47	»	23 %
26	De Bordes (Id.) [9]	Idem	»	»	22 %
25	Rasori (Milan, 1808-1810) [10]	Saignées, émétique à haute dose	832	173	20,79 %
24	Dietl (Vienne, 1854) [11]	Expectation pure	»	»	20,7 %
23	H. Bennet (Edimbourg) [12]	Emétique à haute dose	106	20,7	19,52 %
22	Grisolle (Paris) [13]	Saignées seules	182	32	17,58 %
21	Peyraud (Lyon) [14]	Expectation	133	20	15 %
20	Hôpital général de Vienne (1847-1856) [15]	Traitements divers sans la saignée	1000	»	14,7 %
19	Idem. (division des maladies de poitrine, 1849) [16]	Vomitifs, expectation, pas de saignée	121	17	14 %
18	Grisolle (Paris) [17]	Emétique seul	44	6	13,63 %
17	Idem [18]	Traitement de Laënnec	80	10	12,50 %
16	Bouillaud (Charité, 1831-1836) [19]	Saignées coup sur coup	152	18	11,84 %
15	Wunderlich (Allemagne, 1851-1856) [20]	Saignées, etc.	190	22	11,57 %
14	Ellis (Rouen) [21]	Vomitifs	47	5	10,63 %
13	Oppolzer (Vienne) [22]	Traitements divers, emploi rare de la saignée	»	»	10 %
12	Chomel (1838-1839) [23]	Traitement traditionnel	84	8	9,52 %
11	Dietl (Vienne, 1852) [24]	Expectation pure	»	»	9,2 %
10	Vogt (Berne) [25]	Veratrine et saignée	51	»	8 %
9	Ambroise Laënnec (Nantes, 1825) [26]	Traitement de Laënnec	40	3	7,5 %
9	Leudet (Rouen) [27]	Acetate de plomb	40	3	7,5 %
8	Bennet (Edimbourg) [28]	Expectation pure	100	7,4	6,4 %
8	Dietl (Vienne, 1849) [29]	Idem	»	»	7,4 %

7	Récamier et Trousseau (Paris, 1832) ([30])	Oxyde blanc d'antimoine	40	2	5 %
7	Lebert (Zurich) ([31])	Traitement de Laënnec	222	»	5 %
6	Beunet (Edimbourg) ([32])	Méthode de l'auteur (expectation modifiée)	62	3	4,76 %
5	Baumgartner, Varrentrap, etc. (Allemagne) ([33])	Chloroforme en inspirations	216	10	4,70 %
4	Laënnec (Charité, 1825) ([34])	Traitement de l'auteur	57	2	3,50 %
3	Andral (Charité) ([35])	Emploi modéré de l'émétique et de la saignée	43	1	2,32 %
2	Lebert (Zurich. 1854) ([36])	Traitement de Laënnec	40	0	»
1	Burckardt (Wurtemberg) ([37])	Emétique, saignée, acétate de plomb, etc.	60	0	»

([1]) Les numéros d'ordre sont corrélatifs aux chiffres de la mortalité, ce qui explique pourquoi je leur ai donné une disposition exceptionnelle.
([2]) J. hebdomad., 1831, t. II.
([3]) Rech. sur la saignée, p. 33.
([4]) Bouillaud, Essai sur la philosophie et les généralités de la clinique médicale, p. 352.
([5]) Idem.
([6]) Gazette médicale, 1857, p. 755 (extrait de Edinburgh medical Journal).
([7]) La moyenne mortuaire oscille de 20,8 (1850) à 31,2 % (1855). (Gaz. médic., 1859, p. 128.)
([8]) Idem.
([9]) Idem.
([10]) Clinique civile, 22,54 %. — Clinique militaire, 14,44 % (Archives, 1824, t. IV, p. 428).
([11]) Rapport officiel de Vieden-district-hôpital (Gazette médicale, 1859, p. 128).
([12]) Loc. cit.
([13]) Grisolle, Traité de la pneumonie.
([14]) Gazette médicale, 1859, p. 743.
([15]) Loc. cit.
([16]) Loc. cit.
([17]) Loc. cit.
([18]) Loc. cit.
([19]) Ouvrage cité, p. 357.
([20]) Parmi les morts, 3 furent saignés; parmi les guéris, 44 (cité in Gaz. medic., 1857, p. 591).
([21]) Laënnec, Traité de l'auscultation, 2e édit., t. I, p. 505.
([22]) Journal de médecine de Bruxelles, décembre 1861.
([23]) Dictionnaire de médecine, 2e édit. Pneumonie.
([24]) Loc. cit.
([25]) *Bulletin de Thérapeutique*, 1860, t. LVIII.
([26]) Laënnec, loc. cit.
([27]) Leudet a joint au sel plombique des saignées locales (*Bulletin de Thérapeutique*, novembre 1862).
([28]) Loc. cit.
([29]) Loc. cit.
([30]) *Bulletin de Thérapeutique*, 1832, t. III.
([31]) Leudet, loc cit.
([32]) Loc. cit.
([33]) Gazette médicale, 1854, p. 190.
([34]) Laënnec, ouvrage cité, p. 501.
([35]) Compendium de médecine, t. VII, p. 78.
([36]) Gazette médicale, 1854, p. 803.
([37]) Idem, 1856, p. 349.

Rien à conclure pour ou contre la saignée du traitement de Rasori, où l'émétique se combine avec elle et prime quelquefois par son action celle de la phlébotomie.

Enfin, j'arrive à Dietl et au chiffre officiel de sa mortalité pour 1854; on remarquera que ses comptes rendus antérieurs ne concordent point avec ceux du rapport officiel du Vieden-district-hôpital pour 1854, rapport imprimé dans le Journal mensuel de la Société de médecine de Vienne. Je ne mets point ici en doute la bonne foi du médecin viennois, mais seulement l'excellence de sa méthode ou sa valeur absolue.

H. Bennet, dans l'emploi de l'émétique, offre les mêmes résultats que Rasori, résultats inférieurs à ceux de M. Grisolle.

M. Peyraud a pratiqué l'expectation sur 133 pneumoniques; 20 ont succombé à des pneumonies graves ou compliquées. Cette qualification n'est pas à introduire dans la discussion en faveur de l'expectantisme, puisque nous ne l'invoquons pas en faveur de la thérapeutique active. Quoi qu'il en soit, M. Peyraud compte 15 pour 100 de décès, c'est-à-dire un chiffre qu'on ne peut contester, et qui lui assigne le vingt et unième rang dans le tableau ci-joint.

Immédiatement après, nous retrouvons l'hôpital de Vienne qui, sur 1,000 cas de pneumonies traitées sans saignée, de 1847 à 1856, présente une moyenne mortuaire de 14,7 pour 100. Ce chiffre a une certaine autorité, comparé à la moyenne générale (n° 28). Cependant il ne s'agit pas ici de l'expectation; divers traitements ont été employés, vomitifs, expectorants, etc. Puis la saignée, qui dès ce temps était rarement pratiquée, s'employait probablement dans les cas les plus graves. — Le même chiffre (14 pour 100) se retrouve à propos de la pneumonie dans la division des maladies de poitrine en 1849; on n'employa jamais la saignée dans ce service, mais les expectorants et les vomitifs, suivant l'indication. Dans les six autres divisions, la mortalité varia de 18,6 à 31,5 pour 100. La division des maladies de poitrine présente des conditions particulières d'hygiène, de personnel de malades et de médecins, qui introduisent un nouvel élément dans cette question complexe.

M. Grisolle occupe le milieu de l'échelle avec ses deux traitements par l'émétique seul ou combiné aux saignées.

On voit que, dans les hôpitaux de Paris, avec un traitement actif dans lequel entre la saignée, on a souvent un chiffre mortuaire inférieur à celui des hôpitaux de Vienne, dans lesquels l'abstention de la saignée et l'expectation prédominent. Toutefois, à Vienne même, Oppolzer, esprit éclectique et peu enthousiaste, n'a pas subi

la contagion du système; il a essayé de bien des traitements et n'émet aucun principe absolu; il est forcé de reconnaître que la saignée est quelquefois *une ancre de salut* (textuel). Sa moyenne mortuaire est de 10 pour 100.

Vogt, avec la vératrine et la saignée, a eu des résultats meilleurs que tous ceux que nous venons de citer; mais il pratique à Berne, nous le croyons du moins.

Ambroise Laënnec, appliquant à Nantes le traitement de son illustre parent, a eu le même chiffre que Bennet à Edimbourg avec l'expectation pure, le même que M. Lendet à Rouen avec l'acétate de plomb et les émissions sanguines locales.

Dietl occupe le huitième rang avec ses chiffres de 1849 seulement. L'expectantisme n'a pas le monopole des statistiques heureuses, car avant Dietl, il faut placer Trousseau et Récamier, non pas que nous accordions à leur méthode de 1832 une valeur qu'ils lui refusent eux-mêmes aujourd'hui, mais pour faire ressortir ce fait : que d'autres traitements ont fourni des résultats plus heureux, sans que nous croyons pour cela avoir le droit de les déclarer absolument supérieurs.

Voici venir de nouveau Bennet avec son expectantisme perfectionné, sa méthode propre : alimentation légère, boissons alcalines, colchique *à la fin* de la maladie. — Que vient faire ici le colchique? Il est permis de se le demander. — Elle lui donne une moyenne de 4,76 pour 100 de décès ; c'est aussi le chiffre de M. Lebert, ou à peu près.

Bennet lui-même n'occupe pas le premier rang, et, si l'on raisonne à sa manière, il y a des traitements arithmétiquement supérieurs au sien ; ainsi le chloroforme (4,70 pour 100) ; le traitement de Laënnec (en 1824, 1 mort sur 28. — En 1826, 2 morts sur 57) (1). — L'emploi modéré du même traitement par M. Andral (2,32 pour 100).

Enfin Burckardt (du Wurtemberg) clôt la liste, et, avec son traitement polypharmaque (2), dans lequel l'acétate de plomb tient une

---

(1) Le Coulteux, élève externe dans le service, a fourni à M. Bouillaud des documents qui porteraient les décès chez Laënnec à $\frac{12}{50}$.

(2) Il est curieux d'étudier les origines germaniques du traitement de la pneumonie dit par l'acétate de plomb. Ritteher, qui paraît en être le premier inventeur, donnait avec l'acétate de plomb la digitale, quand la circulation était très-active.

Scharff, au sel plombique adjoignait la digitale, l'opium, la saignée! Burc-

place fort secondaire, il arrive à guérir 60 pneumoniques sans en perdre un seul. Ce serait donc là le *nec plus ultrà* de la thérapeutique de la pneumonie? Personne ne l'admettra, pas même les expectantistes, malgré leur respect absolu pour les chiffres.

La variabilité de la moyenne mortuaire dans les pneumonies abandonnées à elles-mêmes, indique que leur gravité naturelle est très-différente; et subsidiairement, au point de vue de la thérapeutique rationnelle, que les mêmes moyens ne sont point applicables à toutes. Si l'on conteste ce second point, la thérapeutique n'existe pas en réalité, puisqu'elle n'a qu'une formule pour les états les plus divers.

La pneumonie franche est, dit-on, une affection bénigne dont la guérison est la terminaison naturelle. Comment concilier cette assertion avec les faits que voici? En 1854, dit le rapport officiel de Vieden-district-hôpital, on fit l'autopsie de 105 cas de pneumonies, sur lesquelles 92 simples traitées sans la saignée. D'où l'on peut inférer : 1° que la marche de la pneumonie simple n'est pas toujours bénigne; 2° que l'abstention de la saignée a eu une influence sinon meurtrière, au moins absolument nulle.

Du reste, les expectantistes s'entendent mal entre eux. Dietl est le seul expectant pur; Bennet juge les alcalins nécessaires; Skoda s'adresse souvent au sublimé; d'autres prescrivent les expectorants et les vomitifs. Ailleurs, la saignée générale est seule proscrite au milieu d'un luxe d'agents thérapeutiques destinés à remplir les indications les plus diverses. Ainsi, à l'hôpital de Hambourg, Tungel, dans 187 cas de pneumonies dont nous ne connaissons pas la terminaison, trouve tour à tour l'indication des ventouses, de la poudre de Dower, du nitre, de l'émétique, de la digitale, de l'ammoniaque, de l'ipéca, du soufre doré, du sénéga (*Gaz. méd.*, 1862, p. 35).

Si nous interrogeons la médecine française à l'endroit de l'expectantisme, elle a peu de choses à nous répondre. Où sont les faits multipliés que l'on nous disait (*Gaz. méd.*, 1859, p. 743) observés par MM. Godelier, Tholozan? Ces éminents médecins auraient-ils les mains pleines de vérités sans vouloir les ouvrir?

---

kardt emploie d'abord l'émétique, le nitre, la saignée, puis l'acétate de plomb; si ce dernier est impuissant, il a recours aux sangsues, au vésicatoire, aux frictions mercurielles, à une nouvelle saignée.

Dans quelle science accepterait-on comme données valables des résultats obtenus par des moyens si complexes? Il faut reconnaître qu'en France M. Strohl, et surtout M. Leudet, ont mis autrement de méthode et de précision dans l'expérimentation. Le sel plombique ne nous paraît pas moins un agent antipyrétique très-inférieur à la digitale et à la vératrine.

Quels résultats a donné le concours de l'Académie de médecine sur cette question ? Comment, depuis trois ans, la lumière ne s'est-elle pas faite sur les merveilles de l'expectantisme ?

En résumé, la question est loin d'être vidée. Comme le dit excellemment M. Barthez dans son mémoire sur les *Résultats de l'expectation dans la pneumonie des enfants*, il ne faut pas se diriger exclusivement d'après un ensemble de chiffres pour établir une conclusion thérapeutique absolue. Le moment n'est pas venu, et ne viendra probablement pas d'exclure systématiquement la saignée du traitement des phlegmasies pulmonaires. Rappelons-nous ces paroles de Valshe que cite notre savant confrère M. Leudet. « Il est à craindre que nous n'apprenions bientôt à nos dépens les inconvénients de l'abstention systématique des émissions sanguines, après avoir antérieurement appris les dangers de l'exagération de leur emploi. »

Nouveaux faits concernant l'action curative du nitrate d'argent dans la paralysie spinale progressive (ataxie locomotrice progressive).

Par M. C.-A. Wunderlich [1].

J'ai fait connaître, dans un travail inséré en 1861 dans les *Archiv der Heilkunde*, les heureux résultats obtenus par moi dans le traitement de la paralysie spinale progressive (ataxie locomotrice de Duchesne, de Boulogne), à la suite de l'emploi prolongé de doses graduellement croissantes de nitrate d'argent : ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai vu deux médecins français, MM. Charcot et Vulpian, adopter la méthode que j'avais préconisée et l'appliquer à un certain nombre de malades atteints d'ataxie locomotrice. Les bons effets obtenus par ces auteurs, à l'aide de la médication dont il s'agit, ont été consignés dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Depuis, les docteurs Herschell, Moreau et Beau ont produit de nouveaux faits à l'appui de cette médication.

Ce n'est donc pas sans motifs valables que j'ai préconisé l'emploi du nitrate d'argent dans la paralysie spinale progressive ; les observations dont il vient d'être question, *recueillies* à l'étranger, suffiraient déjà pour le démontrer.

En Allemagne, toutefois, du moins à ma connaissance, aucun travail n'a été publié sur ce sujet. Seul, Küchenmeister a donné dans son journal (1862, p. 223) une analyse fort courte et fort in-

---

[1] Extrait des *Archiv der Heilkunde*, 1863, 1re heft, p. 43.

complète de mon mémoire; et, à ce propos, il dit avoir vu deux cas d'ataxie locomotrice dans lesquels l'emploi du nitrate d'argent n'aurait rien produit. Il eût été utile de faire connaître dans leurs détails ces deux cas où le traitement serait resté inefficace; ainsi seulement on eût été mis à même de décider quelle est la valeur de ces faits; la simple assertion de l'insuccès laisse nécessairement subsister bien des doutes : ces cas étaient-ils véritablement appropriés au traitement; celui-ci a-t-il été appliqué comme il convient et maintenu un temps suffisant? D'ailleurs, Küchenmeister annonce qu'il a été conduit par mes recherches à appliquer le nitrate d'argent au traitement de la paralysie du sphincter anal chez les vieillards; à l'aide de ce médicament, les évacuations involontaires, que les toniques et les opiacés n'avaient pu notablement modérer, ont été plusieurs fois supprimées.

Je comprends parfaitement qu'on accepte avec une certaine défiance une médication dont le mode d'action ne peut guère être expliqué, soit physiquement, soit chimiquement, et qui est préconisée contre une affection si généralement réputée pour incurable. Mais, si l'on s'accorde à reconnaître l'inefficacité de tous les moyens jusqu'ici tentés dans cette affection, ne doit-on pas trouver, dans cette circonstance même, un encouragement à essayer une médication qui, tout au moins, est exempte de dangers? Celui qui sait dans quel état lamentable les malheureux atteints de paralysie spinale progressive traînent pendant de longues années leur triste existence, celui-là doit se trouver heureux d'avoir entre les mains un agent médicamenteux, alors même que cet agent ne se montrerait pas utile dans tous les cas, et alors même qu'il n'amènerait jamais une guérison absolue. Un amendement notable, un retour même imparfait vers l'état normal des fonctions altérées, ce sont, dans une pareille maladie, des bienfaits inappréciables.

Afin d'encourager mes confrères à expérimenter la médication argyrique chez les malades atteints de paralysie spinale progressive, j'ajouterai deux faits nouveaux aux cinq faits que j'ai publiés dans mon premier travail.

Obs. I. Frédéric R***, quarante-huit ans, jardinier. Il a toujours vécu dans de bonnes conditions; a eu huit enfants, le dernier il y a quatre ans; il n'est pas ivrogne; il n'a jamais fait de maladie sérieuse; seulement, en 1842, il a éprouvé une affection articulaire accompagnée de douleur et de fièvre. Jusqu'en 1836, il était sujet aux sueurs des pieds; cette habitude morbide a cessé d'exister à cette époque, sans qu'il en soit résulté aucun accident sérieux.

Depuis douze ans, il a une tendance à avoir des selles liquides; depuis huit ans il éprouve des douleurs ambulantes, principalement dans le dos et aux extrémités. Depuis quelques années il a remarqué une diminution dans l'énergie des fonctions sexuelles, et, depuis un an et demi, il est impuissant. Depuis six mois, il a remarqué qu'il marche péniblement dans l'obscurité et chancelle. Au milieu de janvier 1862, des douleurs plus pénibles se déclarent dans le dos et dans les membres, et, quelques jours plus tard, elles sont si intenses, qu'elles rendent la marche impossible. L'appétit diminue; il y a fréquemment des rapports et des nausées et aussi des bourdonnements d'oreille. Les selles sont rares. Les douleurs disparaissent et reviennent tour à tour; mais, même lorsqu'elles diminuent ou cessent complétement, la marche est très-difficile. A partir du 7 mars, constipation qui dure sept jours; le septième jour, évacuation involontaire de selles liquides. Le même jour rétention des urines, et, à partir de cette époque, la sonde dut être introduite chaque jour dans l'urètre.

L'examen fait le 9 mars donne les résultats suivants: face assez fortement colorée, un peu d'amaigrissement, surtout aux membres inférieurs; poids du corps, 95,3 livres (Pfund); température normale, ainsi que le pouls; la pupille droite un peu plus étroite que l'autre; toutes deux réagissent; rien au cœur et au poumon; abdomen développé, non douloureux; vessie distendue, l'urine coule goutte à goutte, involontairement, fortement ammoniacale. Pas de déviation rachidienne; rachis non douloureux à la pression. La force des muscles remarquablement conservée aux extrémités supérieures et inférieures. Les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, de fixation des membres inférieurs au lit s'exécutent facilement; ces membres opposent de la résistance aux mouvements qu'on veut leur imprimer. Mais quand le malade veut quitter le lit, tremblement et mouvements désordonnés. La station verticale produit une grande fatigue, et le malade chancelle quand il veut faire quelques pas. Il s'affaisse immédiatement si, debout, il vient à fermer les yeux.

Le 12 mars, il prend 1/20 de grain, trois fois par jour. Dans les jours qui suivent, l'aggravation continue. Constipation, rétention d'urine, quelques vomissements, douleurs de temps à autre. Le malade ne peut plus quitter le lit; il lui est devenu tout à fait impossible de se tenir sur ses jambes. Le 17, le poids du corps est descendu à 91,8 livres. A partir de cette époque, la même dose que ci-dessus est administrée six fois par jour au lieu de trois.

Le 24, le malade ayant à cette époque pris 2 grains de nitrate d'argent remarque d'abord qu'il lui est temporairement possible de retenir son urine. Mais le poids est descendu à 91,3. Le 28, disparition des douleurs, le malade se sent plus fort.

A partir du 1er avril (le malade ayant pris 4 grains de nitrate d'argent) ce n'est plus qu'exceptionnellement qu'il y a émission involontaire des urines. Les selles commencent à se régulariser. A partir du 4 avril, la station est ferme, la marche est redevenue possible. Cette amélioration augmente progressivement: le 29 avril on prescrit un bain. Le malade, pour se rendre au bain, fait environ cent pas sans grande difficulté. Il a pris 16 grains de nitrate d'argent.

Le 6 mai, il se rend en ville sans fatigue, partie à pied, partie en voiture. Le 19 mai (28 grains ont été pris); évacuation des urines et des selles tout à fait régularisée. Il peut marcher quelque peu, les yeux fermés; les pupilles sont égales. Le 27, le poids du corps est de 98,1 livre. Quelquefois tension douloureuse dans les mollets; un peu d'engourdissement dans les doigts.

2 mai. Il se sent de nouveau très-fort, a été longtemps à pied par la ville (34 grains ont été administrés). Le 21 mai, tous les mouvements du corps s'exécutant avec facilité, les évacuations d'urine et de matières fécales étant redevenues normales, on cesse le traitement; le malade avait pris alors 42 grains de nitrate d'argent. — Quelques semaines plus tard, le malade vint nous trouver à pied à l'hôpital, et nous constatâmes que son état était tout à fait satisfaisant.

Obs. II. Herman G***, quarante-cinq ans, menuisier, a eu autrefois la variole, le typhus et la dyssenterie. Il y a treize ans, chancre et chaudepisse, mais sans suites fâcheuses. Bonne santé habituelle; il buvait une assez grande quantité de bière, mais pas d'eau-de-vie; assez rarement il se livrait au coït. Au commencement de décembre 1861 il fut affecté pendant huit jours d'une diarrhée catarrhale, qui le forçait de se lever pendant la nuit; il se rendit au cabinet d'aisances pieds nus, et il pense s'être alors refroidi. Peu de temps après cette époque, il se sentit mal à l'aise et peu d'appétit, ventre ballonné, constipation, sommeil troublé, pollutions fréquentes. Vers Noël, la faiblesse augmente : ses membres inférieurs lui semblent morts, cotonneux; à partir de cette époque, le travail devient impossible ; les érections cessent. Vers le milieu de février, l'urine coule goutte à goutte; la marche devient difficile, puis impossible.

Examen le 3 mars : embonpoint moyen ; les membres inférieurs

ne sont pas amaigris; la pupille droite est dilatée; les deux pupilles réagissent faiblement; la force visuelle de l'œil gauche est amoindrie; la parole est embarrassée. La région rachidienne n'est pas douloureuse. Rien à la poitrine; abdomen un peu distendu; excrétion urinaire très-difficile. La force musculaire des membres inférieurs et supérieurs n'est pas diminuée; la démarche est incertaine, chancelante; quand le malade ferme les yeux il oscille, puis s'affaisse presque immédiatement. Les sensations tactiles et de température fort amoindries aux membres inférieurs. Pas de douleurs; quelquefois des spasmes convulsifs dans les orteils. Poids du corps, 98,6 livres. Le pouls et la température à l'état normal.

Le 8 mars, le malade commença l'emploi du nitrate d'argent et le continua jusqu'au 26 octobre, époque à laquelle il avait pris 45 grains du médicament. L'amélioration se manifesta dans la troisième semaine du traitement. Les mouvements devinrent rapidement plus sûrs et plus énergiques, si bien que le malade put d'abord faire quelques pas, puis marcher; enfin, il lui fut possible de marcher pendant quatre heures sans fatigue. Cependant, il conserve encore de la roideur dans les articulations des genoux, sa démarche est encore brusque et il chancelle lorsqu'il change tout à coup de direction. Dans les derniers temps, il lui devint possible de monter ou de descendre les escaliers sans fatigue. Les yeux étant fermés, il put marcher sans perdre sa direction, mais non sans une certaine appréhension. La sensibilité aux impressions tactiles s'est fort bien rétablie aux membres inférieurs. Le malade perçoit deux impressions lorsqu'on applique sur la peau des mollets deux pointes de compas écartées de deux pouces et demi, et, les yeux étant fermés, il distingue parfaitement quelles parties ont été touchées. Les sensations subjectives dans le corps des membres et dans les doigts n'ont pas totalement disparu, mais elles sont bien moins intenses. L'urine est rendue sans difficulté. Pour la première fois, cinq semaines après le début du traitement, il y a eu une pollution nocturne : plus tard, les pollutions revinrent toutes les trois semaines, puis tous les huit ou quinze jours, sans produire de fatigue. Les érections sont naturellement plus vigoureuses, et le malade se réveille à chaque pollution. Les selles sont régulières. La pupille droite est un peu dilatée; les deux pupilles réagissent fortement : la vue s'est améliorée. La parole est encore un peu embarrassée. La tête est libre, mais le sommeil est encore mauvais, comme cela avait lieu, d'ailleurs, avant la maladie. Il est interrompu par des douleurs gastriques qui m'ont engagé à suspendre le traitement,

bien qu'il ne soit pas bien certain qu'elles doivent être mises sur le compte de l'administration du nitrate d'argent (¹).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le relâchement pathologique des symphyses du bassin et son traitement,

Par M. le professeur Stoltz (de Strasbourg).

Dans la première livraison de cette année de votre *Bulletin de Thérapeutique*, vous avez inséré un article très-intéressant sur le relâchement pathologique des symphyses du bassin pendant la grossesse et à la suite de l'accouchement, et sur son traitement par la compression. A la fin de cet article, on lit : « Un enseignement précieux, par lequel nous voulons clore cette note, est l'existence d'un traitement médical ; il nous est fourni par M. le professeur Stoltz, de Strasbourg. Jamais M. Stoltz n'a vu le relâchement pathologique des symphyses réclamer l'emploi d'un moyen de contention. Il attribue ce résultat à l'action des eaux de Baden, auxquelles il aurait soumis ses malades. » Vous manifestez ensuite le désir d'apprendre ce que l'expérience m'a enseigné à cet égard.

Je ne crois pas avoir parlé du relâchement des symphyses du bassin ailleurs que dans mes leçons cliniques. Des occupations trop nombreuses m'ont empêché jusqu'à présent de faire connaître une foule de résultats d'une expérience déjà longue, puisqu'elle date de 1824. J'espère trouver un jour le temps de dépouiller les nombreux matériaux que je continue d'amasser.

Pour ce qui concerne le relâchement des symphyses pelviennes, voici ce que j'ai toujours enseigné, et quelle est ma manière de voir sur le traitement qu'il réclame.

Il n'existe pas de relâchement habituel, dans la stricte acception

(¹) Aujourd'hui que l'expérimentation du nitrate d'argent se poursuit sur une large échelle, nous ne saurions trop recommander à nos confrères certaines précautions destinées à assurer l'efficacité et l'innocuité de cette médication. La première est de formuler toujours leurs pilules et d'employer exclusivement la mie de pain et la poudre de gomme arabique. Le nitrate d'argent est le sel qui s'altère le plus facilement, et l'expérience a prouvé que les excipients que nous rappelons sont ceux qui conservent le mieux les propriétés médicales de ce puissant modificateur du système nerveux. Pour assurer l'innocuité de la médication, il suffit de recommander aux malades de prendre leurs pilules une demi-heure, une heure après le repas; ce qui reste d'aliments dans le ventricule suffit pour prévenir l'action topique du médicament, et, par suite, ces douleurs gastralgiques qui forcent à suspendre et même à cesser la médication.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

du mot, des symphyses du bassin chez les femmes enceintes et accouchées. Il a été admis par beaucoup d'anciens, parce qu'ils le croyaient favorable, nécessaire même pour la facilité de l'accouchement. Aujourd'hui, on est généralement convaincu qu'il n'en est rien. Le bassin est assez large, tel qu'il est, bien entendu quand il est bien conformé, pour permettre le passage du fœtus à travers le canal pelvien par des efforts convenables de la part de l'organisme. La tête fœtale, partie la plus volumineuse et la plus dure du corps, est généralement bien proportionnée avec les ouvertures du bassin. Les différences de forme du bassin dans les différentes races correspondent à des formes particulières du crâne.

Le relâchement des symphyses, je le considère toujours comme une *maladie*.

Je ne dis pas que les articulations pelviennes ne soient abreuvées de liquides, par suite de la congestion active et passive qui a lieu dans le contenant et dans le contenu de l'extrémité inférieure du tronc de la femme pendant la grossesse, que les mailles ligamenteuses ne se remplissent davantage, qu'il n'en résulte une souplesse plus grande de ces parties ; mais je ne crois pas que cette souplesse aille jusqu'à relâcher les ligaments au point de donner lieu à une ampliation du bassin au moment de l'accouchement. La nature n'a pas dû le vouloir, attendu qu'il pourrait en résulter des inconvénients trop graves pour la station, la marche et presque tous les mouvements de totalité que le corps de l'espèce humaine doit à chaque instant exercer.

Je dis donc que le relâchement des symphyses pelviennes est une maladie. C'est l'effet du ramollissement des ligaments porté à l'excès, ou il est la suite de violences exercées sur les moyens d'union du bassin dans le mécanisme normal de l'accouchement ou dans les opérations exécutées pour délivrer la femme.

De là deux espèces de relâchements :

1° Le relâchement spontané ;

2° Le relâchement, résultat de violences employées par l'art dans l'accouchement artificiel, ou dans l'accouchement spontané des efforts extraordinaires de la nature.

La première espèce ne doit-elle pas être attribuée à des causes internes ? S'il en est ainsi, un traitement médical doit être applicable et doit faire espérer de bons résultats.

Quelles sont ces causes internes ? quel est cet état général de l'économie qui peut donner lieu à un relâchement morbide de l'appareil ligamenteux du bassin ?

Il est assez difficile de les reconnaître. Cependant, l'expérience a enseigné qu'une pléthore générale, un embonpoint extraordinaire pendant les derniers mois de la grossesse, embonpoint qui est plus apparent que réel, et qui dépend souvent d'une circulation difficile ou lente; le volume exceptionnel de la matrice, qui augmente le poids ordinaire que le bassin doit supporter; le peu de solidité primitive des symphyses; des états cachectiques; l'exercice immodéré, des fatigues corporelles très-grandes; pendant la puerpéralité, l'irritation, l'inflammation des symphyses, etc., peuvent devenir les causes occasionnelles d'une telle mobilité entre les os du bassin, qu'il en résulte des difficultés ou des douleurs dans les mouvements de totalité du tronc et dans ceux des extrémités inférieures.

La plupart de ces causes disparaissent ou cessent d'agir après l'accouchement; mais leur effet peut persister plus ou moins longtemps.

La guérison est le plus souvent spontanée. L'absorption si prompte et si active de tous les liquides sécrétés surabondamment pendant la grossesse est le moyen que la nature emploie pour dégorger les ligaments des symphyses, comme toutes les autres parties du corps, et rendre à toutes leur première forme et leur solidité. Le repos au lit favorise aussi singulièrement la consolidation des articulations pelviennes.

Cependant, il est des cas dans lesquels le relâchement des ligaments symphyséens persiste, ce qui se reconnaît surtout au peu de solidité de la station et à l'incertitude de la marche, quand l'accouchée recommence à se lever et à essayer de se livrer à ses occupations habituelles, et aux douleurs locales.

C'est alors que l'intervention de l'art devient surtout nécessaire, et un traitement, dit médical, a beaucoup de chances de rendre aux articulations du bassin la solidité qu'elles ont perdue.

Une première condition de réussite est le repos dans la position horizontale. On a recours ensuite à différents moyens généraux et locaux, suivant les causes probables du relâchement. Localement, les frictions résolutives et toniques, les lotions froides, les bains froids, l'hydrothérapie, en général, les bains de mer, ont de bons résultats; à l'intérieur les toniques, tels que le fer et le quinquina, sont souvent indiqués.

Il est certain que l'emploi d'un bandage contentif, et, quand les malades commencent à marcher, l'usage de béquilles, dans le but d'empêcher la résistance du sol et du poids du corps, doivent être des auxiliaires puissants.

La seconde espèce de relâchement, celui qui arrive subitement, à la suite de violences intérieures ou extérieures, présente une plus grande gravité.

Que ce relâchement soit l'effet de la pression qu'exerce la tête fœtale, spontanément chassée à travers le canal pelvien, c'est-à-dire par les seules contractions utérines, ou attirée par des moyens mécaniques, il est la conséquence d'une véritable diduction des symphyses, suivie plus ou moins d'irritation ou d'inflammation; c'est, en un mot, une *entorse*, avec distension pure et simple de l'appareil ligamenteux, ou accompagnée de rupture (diastase).

Dans ces cas, il existe des désordres qu'il faut combattre comme on combat l'entorse, et les suites seront analogues, avec la différence qu'apporte l'importance des parties lésées. Le traitement sera plus chirurgical que médical; le pronostic est évidemment plus grave que dans le relâchement spontané, et la gravité augmente en raison du désordre qui existe dans les articulations pelviennes.

Quoi qu'il en soit, dans l'un et dans l'autre cas, c'est-à-dire à la suite du relâchement spontané comme à la suite de l'entorse plus ou moins grave, et malgré les moyens qui auront été employés, il pourra subsister des difficultés dans la marche, des douleurs par suite de la moindre fatigue. Mais ce ne sera guère que quand il y aura eu des ruptures ligamenteuses un peu étendues que le traitement ordinaire échouera. Alors, comme à la suite de certaines entorses graves, il n'y aura plus à opposer à un mal devenu chronique, et presque toujours incurable, que des moyens mécaniques.

Si vous avez appris, monsieur et très-honoré confrère, que j'ai retiré d'excellents effets de l'emploi des eaux de Baden, vous avez été bien renseigné. En effet, par ma position près d'une source minérale chaude et saline très-fréquentée, plus encore à cause de son beau site et parce que Baden est le rendez-vous de l'Europe fashionable, que pour ses eaux, cependant très-actives, j'ai été consulté cinq à six fois pour des cas de relâchement des symphyses du bassin qui dataient de plusieurs mois et même d'années; j'ai vu de ces malades, ne pouvant marcher qu'à l'aide de béquilles ou traînées dans des voitures à bras, être débarrassées de leurs douleurs et de leur impotence après une saison prolongée aux eaux, pendant laquelle elles avaient fait usage de bains, de douches, de frictions toniques; elles vivaient dans un air vif et pur et jouissaient d'un repos qu'elles n'avaient peut-être pas chez elles.

J'ajouterai que, parmi les personnes de notre localité atteintes de cette infirmité, et pour lesquelles j'ai été consulté, je n'en ai pas

rencontré une seule qui eût eu besoin d'une ceinture pelvienne, moyen que je crois cependant pouvoir être d'une grande utilité dans certains cas.

En résumé, je distingue les relâchements des symphyses du bassin en spontanés et lents, et en violents et subits.

Les premiers guérissent le plus souvent spontanément aussi, à la suite du retour de l'organisation à son état habituel. S'il en reste quelques traces, alors que le temps des couches est écoulé, des moyens toniques à l'intérieur et à l'extérieur, un régime approprié et le repos en triomphent facilement.

Les relâchements violents, subits, sont toujours plus graves, et d'autant plus si la diduction a été accompagnée de déchirure de quelques ligaments ou portions de ligaments. Le traitement de l'entorse, à ses différents degrés, leur est applicable, et il est des cas où une ceinture permanente et solide peut seule offrir des chances de guérison, et, en tout cas, faciliter la station et la progression qui, sans elle, seraient difficiles, douloureuses, ou même impossibles.

Telle est, monsieur et honoré confrère, ma manière de voir sur le point de doctrine et de pratique que vous avez soulevé et sur lequel vous m'avez demandé, jusqu'à un certain point, des explications.

Note sur un nouveau procédé pour le déplacement de la pupille.

Par M. le docteur Louis Wecker.

Nous avons publié récemment dans ce journal un article concernant le *déplacement de la pupille par la ligature*, procédé formulé par M. Critchett, et auquel nous avions fait subir de légères modifications (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIII, p. 552).

Depuis cette époque, M. Snellen a fait connaître un nouveau mode d'iridésis, que nous extrayons des mémoires joints au compte rendu du Congrès d'ophthalmologie de 1862.

« Lorsque l'instrument (de M. Waldau pour placer la ligature) est manié avec adresse, ce qui exige une grande habitude, il offre quelque avantage; mais l'inconvénient d'une déviation de la ligature et de son serrement non assez rapproché du globe n'est cependant pas écarté.

« Nous avons adopté un procédé bien plus facile et si simple, qu'on s'étonne qu'il n'ait pas été mis en usage plus tôt. Nous traversons d'abord la conjonctive tout près de la cornée avec le fil, et puis nous formons le nœud ouvert. De cette manière, la ligature se

trouve toujours à la place précise, quand même l'œil se meut, ainsi que cela nous est souvent arrivé. Des tentatives répétées et des applications nombreuses sur le vivant nous ont prouvé que le meilleur procédé consiste à conduire le fil, au moyen d'une fine aiguille courbe, à travers la conjonctive, en contournant la cornée, tout près de laquelle doivent se trouver son entrée et sa sortie. La lance fait alors sa ponction au-dessus ou au-dessous de ce fil. Pour le restant de l'opération, nous employons ordinairement le *broad needle* et le *blund hock* (1). L'iris se laisse facilement saisir par le cercle pupillaire, au moyen de ce petit crochet mousse, et nous n'avons jamais vu survenir d'accident par suite de l'attouchement du cristallin. »

M. Snellen tend visiblement à simplifier autant que possible le procédé de la ligature, afin de rendre l'iridésis accessible à tous les chirurgiens. Comme nous sommes convaincu de voir à l'avenir le déplacement de la pupille remplacer, presque dans tous les cas, l'opération de l'iridectomie, lorsqu'il s'agira de frayer aux rayons lumineux une voie différente de celle que la nature leur a ouverte et au-devant ou en arrière de laquelle il se sera placé un obstacle quelconque, nous avons aussi donné toute notre attention à la recherche d'un procédé opératoire plus simple que tous les procédés connus et, à ce titre, capable de vulgariser rapidement le déplacement pupillaire.

Nous pratiquons (voir fig. 1, p. 553, t. LXIII) une petite incision sur la sclérotique, à 1 millimètre et demi de la circonférence de la cornée, soit au moyen de l'aiguille à paracentèse, soit à l'aide d'un petit couteau lancéolaire. Au travers de cette section, qui doit avoir de 1 millimètre et demi à 2 millimètres du côté de la chambre antérieure, et de 3 à 4 millimètres du côté de la surface de la sclérotique, nous introduisons les pinces pupillaires, et saisissant l'iris, à 2 millimètres de distance de son bord libre, nous l'attirons au dehors plus ou moins fortement, selon le degré du déplacement de la pupille que nous voulons obtenir.

Cela fait, sans toucher au prolapsus iridien, nous appliquons sur les deux yeux, dans le but de les immobiliser, un bandage compressif convenablement serré et composé de charpie et d'une bande de flanelle, que nous laissons sur place vingt-quatre heures. Au

(1) En se servant du crochet mousse, il sera tout à fait impossible de conserver intactes les fibres du sphincter que nous tenons à ne pas attirer au dehors et à comprendre dans la ligature. C'est pour ce motif que l'emploi de la pince pupillaire est de beaucoup préférable.

bout de ce temps, nous levons l'appareil et nous coupons avec les ciseaux courbes, après l'avoir saisie avec les pinces, la partie de l'iris qui sort par la section pratiquée à la sclérotique. Il faut réséquer ce prolapsus avec soin, sous peine de donner lieu à un travail cicatriciel prolongé, qui serait une cause d'irritation de la plaie.

On peut alors réappliquer, pendant un jour, le bandage compressif ou se contenter de fermer les yeux pendant ce temps avec des bandelettes de taffetas.

Le bandeau compressif remplace parfaitement la ligature; en effet, il rend l'œil immobile, exerce une certaine pression sur les lèvres de la plaie et s'oppose ainsi, comme la ligature, à la rentrée du prolapsus iridien dans l'œil, jusqu'au moment où l'adhésion, qui se produit en vingt-quatre heures entre l'iris attiré au dehors et les lèvres de la plaie, rend inutile soit la ligature, soit le bandeau.

Ce fait se comprend sans peine, puis nous pouvons ajouter qu'en mainte occasion nous avons pu le vérifier. Voici comment : Nous avons l'habitude d'employer comme pansement, après la plupart des opérations, le bandeau compressif pour immobiliser l'organe; nous l'appliquons de même après l'iridésis. En pratiquant cette opération sur des malades peu tranquilles, il nous est arrivé, comme à d'autres, de ne pouvoir poser la ligature très-exactement contre la sclérotique, et de n'y pas comprendre toute la partie de l'iris attirée au dehors.

Lorsque cet incident nous est survenu pour la première fois, nous avons craint de voir rentrer le prolapsus dans la chambre antérieure, de toute la longueur que la ligature n'avait pas pu embrasser, et même de voir, comme M. Critchett, le prolapsus rentrant dans la chambre antérieure y entraîner avec lui la ligature.

Rien de pareil ne s'est passé; le prolapsus iridien est resté sous le bandeau ce qu'il était immédiatement après l'opération, et c'est de là que nous sommes parti très-naturellement pour abandonner complétement le procédé toujours délicat de la ligature, et confier au bandeau compressif l'action de retenir hors de l'œil le prolapsus de l'iris.

Nous désignerons dorénavant ce procédé sous le nom de *déplacement pupillaire par enclavement*. Nous n'avons pas, tant s'en faut, la prétention de l'introduire dans la pratique comme tout à fait nouveau. Déjà Adams et Himly ont proposé, pour l'opération de la pupille artificielle, de pratiquer un enclavement de l'iris dans une plaie linéaire de la cornée et de laisser à la nature le soin de la fixation du prolapsus par la cicatrisation. Les changements qui

survenaient dans la courbure de la cornée au voisinage du prolapsus cicatrisé, une irritation et une inflammation longues et pénibles de l'œil, suites de l'opération, ont complétement fait abandonner ce procédé.

Celui que nous proposons en diffère sous tous les rapports. Voici successivement les divers points qui lui sont propres :

1° Pratiquer la section dans la sclérotique.

2° Ménager autant que possible les fibres du sphincter de l'iris.

3° Favoriser les adhérences de l'iris avec la plaie scléroticale, à l'aide d'un bandeau compressif.

4° Couper, au bout de vingt-quatre heures, le prolapsus de l'iris.

C'est ainsi que nous parvenons à déplacer facilement la pupille, sans danger pour le malade, et en le mettant tout à fait à l'abri des graves inconvénients du procédé que nous avons fait connaître plus haut. La guérison s'effectue en peu de jours.

Pour prouver que le bandage compressif remplit parfaitement son but, en maintenant le prolapsus iridien au dehors et en permettant à l'iris de s'attacher à la plaie scléroticale dans l'espace de vingt-quatre heures, nous ajoutons ici l'observation d'un cas où se trouvaient les conditions les plus défavorables à l'opération, par ce fait que l'iris était, consécutivement à une rétraction cicatricielle, attiré en sens inverse de celui selon lequel fut pratiqué le déplacement de la pupille. En outre, le malade souffrait d'une dacryocystite, complication si désavantageuse pour toute cicatrisation d'une plaie pratiquée au globe de l'œil.

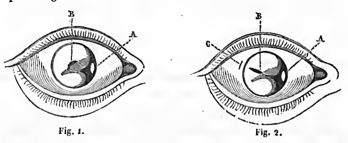


Fig. 1. Fig. 2.

La figure 1 représente l'œil d'un malade qui avait été atteint d'une kératite ulcéreuse il y a vingt ans. La cornée présente une cicatrice légèrement staphylomateuse (A) et un leucome adhérent très-considérable. La pupille (B), dirigée vers le côté interne, était presque complétement couverte d'une tache semi-transparente [1].

[1] Afin de mieux comprendre la disposition de la pupille, on a dû la représenter (fig. 1) un peu plus ouverte qu'elle ne l'était, comme si elle avait été soumise à l'action de la belladone.

Le malade ne pouvait compter les doigts que jusqu'à une distance de 3 pieds. Il était affecté d'un catarrhe du sac lacrymal, traité par le procédé de Bowman.

La figure 2 montre l'œil après l'opération. La pupille (B), déviée vers la plaie scléroticale (C), a pris la forme d'une fente qui se contracte très-énergiquement sous l'influence de la lumière; son extrémité interne est à peine couverte par une partie de la tache semi-transparente, en sorte que tous les phénomènes d'éblouissement de la vue auxquels le malade avait été exposé autrefois ont cessé complétement. Il lit avec cet œil les caractères numéro 3 de Jaeger.

Avant de terminer cette note, nous croyons nécessaire d'insister encore sur un petit détail de l'opération : il consiste à faire la section scléroticale aussi loin du bord cornéen que les dispositions anatomiques le permettront (1 millimètre et demi). Il faut éviter, autant que possible, pendant ce mode de déplacement, que le moindre tiraillement soit exercé sur l'iris d'arrière en avant et que toute traction se fasse dans le plan même de ce diaphragme membraneux.

Nous sommes convaincu qu'en agissant de cette manière on n'aura pas à craindre que l'iris se retire après l'excision du prolapsus. Espérons que la simplicité de ce procédé le fera entrer promptement dans la pratique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Posologie des liquides médicamenteux à propos du compte-goutte Salleron.

Par M. Réveil, pharmacien en chef des hôpitaux.

Le succès qu'obtiennent en Angleterre et en Allemagne les Annuaires pharmaceutiques a engagé M. Réveil à combler cette lacune de notre littérature médicale [1]. Ce pharmacien distingué ne s'est pas borné à rassembler tous les documents publiés, mais il a fourni encore des travaux originaux sur certaines préparations nouvelles ou peu connues. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une juste idée de l'importance de son œuvre, que de mettre sous les yeux de nos lecteurs trois de ces articles.

Les tendances actuelles de la pharmacie, dit M. Réveil, sont toutes dirigées vers le but qui consiste à introduire dans l'art pharmaceutique des éléments scientifiques qui, tout en donnant à cet art et à ceux qui le professent plus de relief et d'autorité, contribuent aussi à donner aux médicaments composés cette uniformité de composition, et conséquemment de propriétés thérapeutiques, sur laquelle le médecin pourra désormais compter toutes les fois qu'il s'adressera aux hommes consciencieux, instruits et laborieux que

(1) *Annuaire pharmaceutique*, vol. in-18, chez J.-B. Baillière et fils.

forment nos écoles de pharmacie. C'est dans ce but que M. Salleron a construit, sur notre demande, un instrument destiné à compter les gouttes, que nous allons faire connaître en peu de mots.

Procédé employé pour compter les gouttes.

Tout le monde connaît le procédé employé pour compter les gouttes ; il suffit d'avoir fait quelques expériences à l'aide de cette méthode pour être convaincu de sa défectuosité ; en effet, lorsqu'une goutte s'échappe de l'espace ménagé entre le goulot d'un flacon et son bouchon, le volume des gouttes et conséquemment leur poids dépend :

1° De la capacité plus ou moins grande du flacon ;

2° De l'habileté de l'opérateur ;

3° Du diamètre du goulot.

Il arrive souvent, en effet, que les pharmaciens les plus habiles laissent échapper des filets de liquide ou quelques gouttes de plus que celles qui ont été prescrites.

Quant à l'influence de la capacité du flacon, voici les résultats de nos expériences à ce sujet :

Capacité du flacon.	De 4k,	1k,	500g,	250g,	125g,	50g,.
Poids de 20 gouttes d'eau s'échappant d'un flacon.	2g,45	2,15	1,85	1,70	1,25	1,20

Ces différences ne tiennent pas uniquement à la capacité du flacon, mais bien plutôt au diamètre du goulot par où se fait l'écoulement des gouttes. Disons tout de suite qu'on croit en général quo le poids d'une goutte d'un liquide est en *raison directe* de la densité de ce liquide, tandis qu'au contraire il résulte de nos expériences qu'*il n'existe aucun rapport entre le poids d'une goutte d'un liquide et la densité de celui-ci.*

Les causes qui peuvent faire varier le poids d'une goutte qui tombe d'un goulot sont les suivantes :

1° La section de la colonne liquide qui donne naissance à la goutte ;

2° Les différences de cohésion de ce liquide.

Et ces variations se produisent toujours, quelle que soit l'habileté de la main qui fait couler ces gouttes.

Pour obtenir avec un même liquide des gouttes d'un volume constant et d'un poids toujours égal, il faut de toute nécessité :

Que la veine liquide du goulot qui donne naissance à la goutte soit de même section, c'est-à-dire que la partie mouillée par le liquide ait toujours une même surface.

Le tableau suivant, extrait du Codex, démontrera que l'idée de rapport entre le poids d'une goutte d'un liquide et sa densité est généralement répandue, tandis que nous démontrerons plus loin son inexactitude.

20 gouttes des liquides suivants pèsent :

Ether sulfurique	0,35
Liqueur d'Hoffmann	0,45
Alcool à 34° Cartier (86° C.)	0,45
Alcoolat de mélisse	0,45
Huile animale de Dippel	0,50
Teinture de benjoin	0,50
Teinture de castoréum	0,50
Huile d'olive	0,55
Huile d'amandes	0,55
Acide acétique à 10°	0,60
Vinaigre distillé	0,65
Huile essentielle de moutarde	0,65
Huile de naphte	0,70
Eau de Rabel	0,70
Eau distillée	0,70
Laudanum de Sydenham	0,75
Essence de girofle	0,80
Soude caustique à 36° Baumé	0,90
Laudanum de Rousseau	1,10
Acide sulfurique à 66°	1,20
Dissolution concentrée de gomme	1,20
Sirop de sucre	1,50

Or, nous verrons plus loin qu'une goutte d'eau distillée s'écoulant d'un même orifice et dans les mêmes conditions que l'acide sulfurique pèse plus qu'une goutte de cet acide. Le Codex indique le contraire. Nous pouvons dire dès à présent que le poids d'une goutte d'un liquide est d'autant plus grand que les molécules ont entre elles plus de cohésion ; c'est donc de la *cohésion*, de la *ténacité*, de la *viscosité* d'un liquide que dépend le poids plus considérable de ses gouttes.

Pour s'en rendre compte il suffit d'étudier la manière dont s'opère la formation des gouttes : considérons, par exemple, une goutte tombant librement du bec d'une pipette ; le liquide qui coule du tube mouille les bords du bec, s'y élargit en nappe, et, obéissant aux lois de la pesanteur, s'allonge en colonne cylindrique terminée par un hémisphère ; la colonne ainsi suspendue s'allonge jusqu'à ce que son poids soit suffisant pour vaincre la cohésion du liquide : nous voyons, en effet, qu'à ce moment la colonne se rompt et tombe en goutte arrondie. Si nous substituons à ce liquide une autre liqueur plus fluide, un liquide dont les molécules soient moins fortement agrégées, alors la résistance de la colonne étant moindre, elle se rompt sous une plus faible charge, et les gouttes deviennent plus légères.

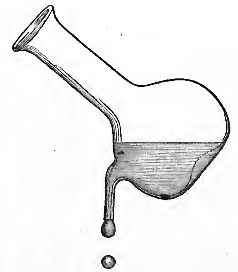
Mais si, opérant toujours avec le même liquide, nous augmentons

le diamètre extérieur du bec d'écoulement, alors la colonne liquide, s'écoulant avec une section plus grande, exige un poids plus considérable pour être rompue ; aussi les gouttes sont-elles plus pesantes.

Compte-gouttes de M. J. Salleron.

Nous avons dit que le dosage des liquides par le nombre des gouttes comptées étant jusqu'à présent très-inexact, il pouvait en résulter des conséquences graves. Quand il s'applique à des substances qui agissent avec une grande énergie sur l'économie animale, ce mode doit être nécessairement remplacé par un procédé qui donne des gouttes d'un poids toujours égal.

Tel est le but que le nouveau compte-gouttes de M. J. Salleron atteint de la manière la plus complète, et sa description seule suffit pour le démontrer.



Cet appareil se compose d'un petit ballon portant une tubulure latérale : c'est par cette tubulure que s'opère l'écoulement du liquide quand on veut compter les gouttes ; il suffit, en effet, d'incliner le flacon pour que le liquide s'écoule goutte à goutte et très-régulièrement. Le diamètre du bec qui laisse écouler le liquide goutte à goutte est calculé pour que le poids d'une goutte d'eau distillée soit de 5 centigrammes. Vingt gouttes d'eau, ainsi recueillies, pèsent donc exactement *un gramme*, et cette exactitude est si grande, que ces vingt gouttes, étant comptées à plusieurs reprises, et pesées à la balance d'analyse, donnent toujours le même poids, si l'on a le soin,

à chaque opération, d'essuyer les bords externes du tube par lequel se fait l'écoulement.

La forme et la capacité du flacon compte-gouttes sont variables; mais ce qui ne peut l'être, et qui constitue un véritable instrument de précision, c'est le diamètre extérieur du tube par lequel se fait l'écoulement du liquide. Quant au diamètre intérieur de ce tube, il peut varier sans inconvénient, car il n'influe que sur la rapidité de l'écoulement; plus le trou est large, plus l'écoulement est rapide, et réciproquement.

Mais tous les liquides ne présentent pas le même poids sous un volume égal, et ne possèdent pas la même cohésion; il en résulte que les gouttes des divers liquides pèsent des poids différents.

Dans le tableau ci-joint nous inscrivons les liquides aqueux pouvant être enlevés par l'eau.

Noms des liquides. Température + 15°	A Poids d'une goutte.	B Nombre de gouttes pour 1 gramme.	C Poids de 20 gouttes (1).
	gr.		gr.
Acide azotique	0,0370	27 (2)	0,740
— chlorydrique	0,0500	20	1,000
— cyanhydrique au 8e	0,0402	25	0,804
— — au 24e	0,0420	24	0,840
— sulfurique	0,0350	28	0,710
Alcool à 86°	0,0160	62	0,322
— nitrique	0,0189	53	0,377
— de cochléaria	0,0181	55	0,363
Alcoolature d'aconit	0,0192	52	0,384
Ammoniaque à 23°	0,0454	22	0,909
Chloroforme	0,0166	60	0,333
Eau distillée pure	0,0500	20	1,000
— de fleurs d'oranger	0,0384	26	0,769
— de laurier-cerise	0,0500	20	1,000
— de Rabel	0,0181	55	0,364
— sucrée à 10 pour 100	0,0500	20	1,000
— — à 20 pour 100	0,0500	20	1,000
— — à 40 pour 100	0,0500	20	1,000
Ether sulfurique	0,0111	90	0,222
— acétique	0,0256	39	0,513
Glycérine	0 0416	24	0,837
Laudanum Rousseau	0,0294	34	0,588
— Sydenham	0,0294	34	0,588
Liqueur d'Hoffmann	0,0116	86	0,232
— de Fowler	0,0434	23	0,868
— de Van Swielen	0,0333	30	0,666
Sirop à 35°	0,0555	18	1,111
Solution de sulfate de strychn. 1/100	0.0500	20	1,000
— — — 1/1000.	0 0500	20	1,000
— d'atropine 1/100	0,0500	20	1,000
— — 1/1000	0,0500	20	1,000

(1) La colonne C contient les chiffres représentant le poids de 20 gouttes du même liquide, c'est-à-dire que nous comparons le poids de ces 20 gouttes à l'unité de poids, soit 1 gramme.

(2) Nous avons négligé les fractions de gouttes et quelques fractions dans les dernières décimales.

Noms des liquides. Température + 15°	A Poids d'une goutte.	B Nombre de gouttes pour 1 gramme.	C Poids de 20 gouttes.
	gr.		gr.
Solution de nitrate d'arg. part. égal.	0,0500	20	1,000
— — au quart	0,0500	20	1,000
— — au huitième	0,0500	20	1,000
— de sulfate de zinc 0,30 pour 30 grammes............	0,0500	20	1,000
Soude caustique à 36°............	0,0636	16	1,250
Teinture d'arnica................	0,0192	52	0,384
— de belladone............	0,0192	52	0,384
— de colchique............	0,0192	52	0,384
— de digitale..............	0,0172	58	0,344
— de rhubarbe.............	0,0185	54	0,370
— de scille................	0 0185	54	0,370
— de valériane............	0,0192	52	0,384
— éthérée de digitale........	0,0122	82	0,244
Vinaigre blanc 8 pour 100..........	0,0378	26	0,760
— radical.................	0,0276	33	0,555

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce tableau pour s'assurer que nous avions raison de dire qu'il n'existe aucun rapport entre le poids des gouttes d'un liquide et sa densité. En effet, si cette relation existait, une goutte d'eau pesant 0,05, une goutte d'acide sulfurique devrait peser 0,09215, la densité de cet acide monohydraté étant égale à 1,843; une goutte de chloroforme devrait peser 0,0740, la densité de ce corps étant égale à 1,480, tandis que l'expérience nous démontre qu'une goutte de chloroforme pèse réellement 0,0166 et une goutte d'acide sulfurique 0,035; ce qui confirme ce qui était déjà connu, que les molécules de ces deux liquides ont entre elles moins de cohésion que celles de l'eau distillée.

Les nombres inscrits dans le tableau présentent d'autres particularités remarquables : ainsi le poids des gouttes de teintures éthérées est exactement celui de l'éther pur; les huiles, malgré la diversité de leur nature, donnent toutes le même poids; les teintures alcooliques ne présentent que des différences de poids très-faibles, pouvant être expliquées tout aussi exactement par leur différence de richesse alcoolique que par la présence des corps qu'elles tiennent en dissolution. Enfin les dissolutions salines, l'eau sucrée, etc., donnent des poids fort comparables à celui de l'eau pure. Il semblerait donc démontré que les corps en dissolution dans les liquides, tant qu'il n'y a que simple solution et non combinaison chimique, ne modifient pas sensiblement la cohésion du dissolvant. Enfin, le nouveau compte-gouttes fait soupçonner que tout n'est pas dit touchant la constitution moléculaire des liquides.

On voit d'ailleurs que les résultats que nous avons obtenus avec l'instrument de M. Salleron sont en opposition complète avec tout

ce qui avait été admis jusqu'à ce jour, et avec les instruments fournis par le Codex ; il y aura donc, nous le pensons, des modifications à apporter sous ce rapport dans la prochaine édition de la *Pharmacopée légale*, et nous pensons que le compte-gouttes de M. Salleron est un instrument suffisamment exact pour que son emploi ou celui de tout autre basé sur les mêmes principes soit à l'avenir exigé des pharmaciens, comme on exige d'eux l'usage de balances très-justes.

La posologie des médicaments liquides serait singulièrement simplifiée si les médecins prenaient l'habitude de tout formuler aux poids, sauf à laisser au pharmacien le soin d'opérer, à l'aide des tableaux ci-contre ou de tous autres analogues, la transformation des poids en gouttes.

En effet, l'emploi des nombres inscrits aux tableaux facilitera notablement les pesées, puisqu'il permettra de résoudre, par une seule multiplication, les problèmes suivants :

1° *Déterminer le nombre de gouttes d'un liquide correspondant à un poids donné.*

Multiplier le poids donné par le nombre inscrit dans la colonne B : le produit donne le nombre de gouttes cherché.

Exemple : On désire peser 0gr,5 de laudanum de Rousseau, combien de gouttes faut-il compter ?

Multipliez 0,5 par 34, et vous obtenez 17 gouttes.

2° *Déterminer le poids correspondant à un nombre de gouttes donné.*

Multipliez le nombre de gouttes par le chiffre inscrit dans la colonne A : le produit donne le poids cherché.

Exemple : On ordonne 10 gouttes de teinture de digitale ; quel est le poids du liquide qui sera employé ?

Multipliez 10 par 0,0122, et vous aurez 0gr,122.

Il nous reste maintenant à donner un nom à l'instrument que nous venons de faire connaître ; on pourrait le nommer compte-gouttes *isobare* ou *isobarique*, de ἴσος (*égal*) et βάρος (*poids*), pour exprimer que les gouttes ont le même poids ; il vaut mieux employer une dénomination qui sera comprise de tous et qui rappelle l'ingénieux inventeur de l'instrument. Aussi lui avons-nous donné le nom de *compte-gouttes Salleron*.

Des collyres secs gradués.

Un pharmacien de Paris, dont le nom est déjà avantageusement connu par les modifications heureuses qu'il a apportées dans l'in-

dustrie des toiles, sparadraps et exutoires, M. C. Le Perdriel, vient d'imaginer un nouveau mode de titrage fort ingénieux des médicaments destinés à être employés à très-petites doses et sous la forme de collyres ou par la méthode endermique : c'est ce qu'il désigne sous le nom de *collyres secs gradués*. M. Le Perdriel a pris un brevet d'invention, non pas pour les collyres, puisque les médicaments ne sont pas brevetables, mais pour la préparation du papier destiné à les confectionner ; c'est donc une forme nouvelle que M. Le Perdriel met entre les mains des pharmaciens, se réservant l'exploitation de la matière première. Voici en quoi consiste la nouvelle invention :

Qu'on se figure un carré de papier Berzelius de 10 centimètres de côté, divisé en filigranes de 100 centimètres carrés, chacun de ceux-ci divisé à son tour en deux parties égales par une ligne perpendiculaire, et en cinq autres parties égales encore par quatre lignes transversales. Supposons maintenant que l'on veuille préparer des collyres de sulfate d'atropine ou de daturine, on prendra 10 centigrammes de ces substances, on les dissoudra dans un liquide approprié, et on imbibera exactement toute la surface du papier avec la solution, soit par la simple capillarité, soit à l'aide d'un pinceau ; il en résultera que les 10 centigrammes de substance seront également répandus sur les 100 centimètres carrés, conséquemment chacun de ceux-ci contiendra 1 milligramme de substance active.

Si maintenant on veut appliquer sur l'œil ou sur une plaie, pour faire absorber par la méthode endermique une certaine quantité de substance active, on coupera :

1 centimètre carré pour 1 milligramme.
1/2 centimètre pour 1/2 milligramme.
1/5 de centimètre pour 1/5 de milligramme.

En résumé, chaque carré de 10 centimètres de côté représente 100 milligrammes ou 200 demi-milligrammes ou 500 cinquièmes de milligrammes, et comme le papier sans colle est filigrané, la division se fera facilement à l'aide de ciseaux, puis ce fragment sera humecté d'eau et appliqué soit sur la conjonctive, soit sur le globe oculaire, soit enfin sur la peau dénudée ; on aura ainsi un dosage des plus exacts.

Nous voyons dans cette nouvelle forme médicamenteuse plus d'un avantage. En première ligne, il faut citer le dosage exact et un procédé de posologie qu'on obtiendrait difficilement avec les balances des pharmacies pour le milligramme et ses fractions ; l'état solide et la forme du papier ajouté à la légère propriété adhésive qu'ac-

quiert le papier lorsqu'on l'humecte, permettront d'appliquer les substances actives sur tel ou tel point de l'œil et de les maintenir en place : soit qu'il s'agisse de traiter des ulcérations par les caustiques, soit que l'on veuille faire disparaître des taies de la cornée à l'aide du calomel, de l'iodure de potassium, etc.

Lorsqu'on verse quelques gouttes d'un liquide actif sur l'œil, on ne peut jamais dire quelle sera la quantité de principe actif qui sera absorbé puisqu'une portion du liquide est répandue au dehors [1]; cela peut présenter plus d'un inconvénient que les oculistes sauront apprécier. A l'aide des papiers gradués, au contraire, on saura toujours quelle est la quantité de médicament à employer pour produire tel ou tel effet.

Enfin, les papiers gradués permettront au pharmacien de faire de petites provisions et d'engager un capital moins considérable. Supposons, par exemple, qu'on demande à un pharmacien 0gr,001 de daturine, il ne pourra pas en demander à son droguiste moins de 1 gramme, qui lui sera compté 40 à 50 francs, tandis qu'il lui suffira désormais de se procurer un carré de 10 centimètres de côté préparé à la daturine pour qu'il ait à sa disposition 100 milligrammes de substance qu'il pourra employer à tous ses besoins.

On comprendra que les titrages des collyres secs gradués pourront varier suivant les prescriptions du médecin, et que le pharmacien pourra, à l'aide d'un timbre sec, préparer lui-même les papiers.

Composition de l'ergot de blé.

Nous trouvons dans le même ouvrage l'analyse d'une thèse soutenue l'an dernier par M. Ch. Leperdriel, devant l'Ecole de pharmacie de Montpellier, sur les avantages de l'ergot de froment, et dont nous devons dire un mot.

L'étude thérapeutique de l'ergot de blé n'a pas été autant négligée que le pensent M. Le Perdriel et M. Réveil, et, pour ne parler que des documents contenus dans ce journal, nous avons publié plusieurs articles sur la substitution de cet ergot à celui du seigle (t. XXXIX, p. 41, t. XLVIII, p. 467). Malgré ces travaux, la question est loin d'être tranchée, et nous nous empressons de signaler les nouveaux documents qu'apporte M. Le Perdriel à la solution de ce point important de pratique obstétricale.

[1] La substitution des glycérolés solides aux collyres liquides remédient à cet inconvénient réel et nous avons pris soin de le faire remarquer.
(*Note du rédacteur.*)

Les premiers ont trait à la meilleure conservation de l'ergot de blé et à sa composition chimique, qui, comparée à l'ergot de seigle, contient, d'après M. Le Perdriel :

15 pour 100 de moins de principe toxique (huile grasse, etc.).
20 pour 100 de plus de principe efficace.

Si l'on se rappelle que l'expérience a démontré que l'ergot pulvérisé est le meilleur mode d'administration de ce médicament, le résultat signalé par M. Le Perdriel plaide en faveur de l'ergot de blé.

Ce pharmacien a provoqué de nouveaux essais cliniques, et nous voyons que MM. Pourcher, professeur de clinique obstétricale à l'école de Clermont-Ferrand, Bourdel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et le docteur Bertrand, qui ont étudié l'action de l'ergot de blé, n'hésitent pas à lui donner la préférence. M. Le Perdriel conclut donc que l'ergot de froment est moins altérable, plus efficace et moins toxique.

Si le nouveau travail de ce pharmacien ne tranche pas la question, nous ne devons pas hésiter à reconnaître qu'il contribuera à multiplier les essais. Les conquêtes en thérapeutique réclament une longue expérimentation avant d'être reconnues et affirmées.

— Maintenant que nous avons prouvé par ces citations la valeur de l'œuvre nouvelle du laborieux pharmacien de l'hôpital des Enfants qu'il nous permette, dans l'intérêt même de son entreprise, de lui donner le conseil de toujours citer le nom des auteurs des formules qu'il reproduit, ainsi que la source où il les a puisés. Les analyses, quelque bien faites qu'elles soient, laissent des lacunes ; nous pourrions en fournir la preuve en ce qui concerne la mention des formules que nous avons publiées ; mais il nous répugne de produire même les réclamations les plus légitimes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'un étranglement intestinal interstitiel, suite d'une plaie de l'abdomen, guéri par l'opération.

L'étranglement interstitiel ou intrà-pariétal, dans le cas de plaie pénétrante du bas-ventre avec issue des intestins, paraît un accident bien rare, si même il a jamais été observé, à en juger par la lecture des auteurs. Richerand, Sanson, le Dictionnaire de médecine en 21 volumes n'en disent pas mot. Sabatier, en parlant de la ré-

duction des parties herniées, s'exprime ainsi : « On prendra garde, en réduisant, que quelque portion intestinale ne se glisse entre les aponévroses du ventre, où elle pourrait être étranglée ; cette attention est surtout nécessaire lorsque la plaie répond au muscle droit, dont la face postérieure est médiocrement adhérente à la gaîne dans laquelle il est enfermé. » Boyer, Cooper s'expriment à peu près dans les mêmes termes.

On ne traite donc de ce cas pathologique que d'une manière incidente et, pour ainsi dire, théoriquement, en se fondant sur des considérations anatomiques. Cette simple mention aura pu échapper à l'attention de plus d'un lecteur ; je confesse que je suis de ce nombre ; aussi, pris au dépourvu, grande fut mon anxiété en présence du fait ci-dessous, que je crois de mon devoir de ne pas laisser dans l'oubli.

Le nommé Masse, de la commune de Labroie, grand, maigre, âgé de cinquante-cinq ans, voulant prêter main-forte à la police, reçut dans la fosse iliaque gauche, un peu au-dessus et en dehors de l'anneau inguinal, un coup de baïonnette qui pénétra dans l'abdomen. Les chirurgiens appelés sur-le-champ purent constater qu'il y avait hernie des intestins, non pas en dehors et à nu, mais sous la peau. Des vomissements avaient lieu. On opéra la réduction, ce qui ne fit point cesser les vomissements. La tumeur se reproduisit, offrant le volume d'un œuf de poule. On réduisit de nouveau ; il y eut ainsi plusieurs alternatives où la hernie fut réduite et reparut, jusqu'à cinq ou six reprises différentes, et toujours les vomissements persistaient, malgré la réduction opérée.

Appelé au bout de huit jours de ces péripéties, nous trouvons les choses dans l'état suivant : la hernie est rentrée d'une manière définitive, mais les accidents d'étranglement persistent. Vomissements de matières fécales, absence de selles ; pouls faible, petit, accéléré ; face pâle, exprimant la prostration la plus profonde. Pas de gonflement ni de sensibilité bien vive du ventre. La plaie se réduit à une simple éraillure siégeant au-dessus du ligament de Fallope, et que recouvrirait aisément une pièce d'un franc, fournissant un suintement assez considérable, que nous attribuons à la sérosité péritonéale. Aucune manœuvre ne peut réussir à faire ressortir la tumeur. En faisant tousser le malade, on peut constater une impulsion dans la région de la plaie, une sorte de gonflement cylindroïde, rénitent, dont toute trace disparaît aussitôt qu'ont cessé les efforts de la toux.

Un étranglement intestinal ne pouvait être douteux ; une opération seule pouvait sauver le malade, qui était presque moribond ; le

danger était imminent, il fallait agir sans retard. Mais où siégeait l'étranglement? Où diriger ses recherches? Car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous n'étions point édifié sur l'étranglement interstitiel, nous étions pris au dépourvu. Il fallait donc nous lancer à l'aventure, nous promettant de ne marcher qu'avec la plus grande circonspection et en éclairant notre route.

Malgré la faiblesse et l'épuisement du malade, nous hasardâmes l'emploi du chloroforme; le succès couronna notre tentative, et le malade put être opéré sans en avoir la conscience.

Placé à la droite du patient, nous déterminâmes à la peau de la région blessée un long pli, sur lequel nous incisâmes profondément de haut en bas. Un flot de sérosité citrine s'échappa, et nous aperçûmes, au fond de la plaie, une petite portion de la surface de l'intestin, lequel filait par en bas, en se dérobant sous des plans aponévrotiques. A l'aide d'un bistouri boutonné, porté d'abord sur une sonde cannelée et ensuite sur le doigt, nous incisâmes ces mêmes plans aponévrotiques, et mîmes largement l'intestin à nu. Faisant ensuite pénétrer le doigt vers la cavité abdominale, nous allâmes au siége de l'étranglement; il résidait dans un anneau membraneux mince et tranchant, situé à la face postérieure de la paroi abdominale. Nous incisâmes cet anneau supérieurement à l'aide d'un bistouri boutonné, et nous l'éraillâmes par en bas, en agissant violemment avec le doigt. Une portion volumineuse d'intestin grêle était engagée, rouge, injectée, mais saine. Nous attirâmes au dehors une longueur de 15 à 20 centimètres de ce viscère, avec son mésentère, et puis la réduction s'opéra avec la plus grande facilité.

Deux points de suture enchevillée furent pratiqués, et le pansement consista en charpie, compresses, bandage en T. Le malade, replacé dans son lit, dormait encore, et ne croyait pas, à son réveil, avoir été opéré.

Les jours suivants, les choses marchèrent heureusement, aucun accident sérieux n'entrava la guérison. A dater de l'opération, tous les accidents d'étranglement avaient cessé; seulement la défécation eut quelque peine à se rétablir. A. Danvin, D. M.

à Hesdin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Plaie de l'abdomen, suivie de l'étranglement de l'anse intestinale contenue entre les deux feuillets aponévrotiques du muscle droit. — La diversité des lésions que le praticien peut

être appelé à traiter est si considérable, qu'on ne saurait placer sous ses yeux un trop grand nombre de faits cliniques; les faits seuls, en témoignant de l'importance des préceptes souvent trop parcimonieusement développés par les auteurs classiques, gravent ces enseignements dans leur esprit. Nous sommes heureux de pouvoir ajouter une seconde observation à celle que nous adresse M. Danvin ; elle montre combien la recommandation de Sabatier est réelle.

Il y a une quinzaine d'années, on amena à l'hôpital Saint-Louis un ouvrier qui, quatre jours auparavant, dans une rixe, avait reçu un coup de couteau dans le ventre. Cet homme présentait tous les phénomènes d'une occlusion intestinale, même les vomissements. Les lèvres de la plaie étaient complétement agglutinées, et, dans l'étendue d'une paume de main autour de la blessure, il existait une tension douloureuse. La tuméfaction était très-peu prononcée. En présence de ces accidents, M. Nélaton, qui était chargé du service, n'hésita pas à diagnostiquer l'existence d'un étranglement intestinal interstitiel. Le couteau avait porté sur le bord externe du muscle droit, au niveau de l'ombilic; on sait combien, dans ce point, le feuillet profond de la gaîne de ce muscle se sépare facilement du tissu musculaire; or, le médecin appelé avait sans doute cru, en voyant son doigt pénétrer profondément à travers la plaie, avoir refoulé l'anse intestinale dans la cavité de l'abdomen, lorsqu'il n'avait fait que l'introduire entre la gaîne et le muscle. L'indication était précise; aussi M. Nélaton désunit immédiatement la plaie et trouva les parties disposées ainsi que nous venons de le dire. L'anse intestinale sortie de sa loge, ce chirurgien débrida l'ouverture du feuillet profond de la gaîne du muscle droit et, à l'aide du taxis, réduisit l'intestin dans la cavité abdominale. La plaie fut réunie de nouveau, et les suites en furent très-simples.

Une seule particularité différencie ce fait de celui rapporté par M. Danvin. Dans les deux cas, la hernie s'est produite spontanément; mais l'étranglement, dans celui-ci, a été surtout provoqué par le refoulement de l'intestin entre la gaîne et le muscle droit.

Les auteurs, Sabatier entre autres, dans les plaies abdominales compliquées de l'issue d'une anse intestinale, ont donné le conseil de réduire celle-ci sans agrandir l'ouverture pratiquée au plan fibreux profond de la paroi abdominale, afin de mettre les malades plus sûrement à l'abri de la production ultérieure d'une hernie ventrale; les deux faits que nous publions montrent qu'en agissant ainsi on les expose à un danger plus immédiat et plus grave : l'étranglement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau cas d'empoisonnement par la belladone, traité avec succès au moyen de l'opium. Petit garçon de deux ans et deux mois, admis à Meath hospital dans le service du professeur Macnamara, le 31 octobre 1862. D'après les renseignements donnés par la mère, cet enfant, dans la matinée du même jour, s'était trouvé seul dans une chambre où il y avait un petit pot contenant de l'extrait de belladone, et il avait dû en prendre une certaine quantité, car elle l'avait trouvé le visage barbouillé et les vêtements tachés de cette substance. Peu de temps après, elle l'avait vu tomber, et s'apercevant qu'il avait les yeux égarés, elle l'avait apporté à l'hôpital, de la campagne voisine où elle demeure ; il était alors trois heures et demie après midi, et six heures environ s'étoient écoulées depuis le moment où l'enfant avait ingéré le poison.

Le pouls fort, les pupilles largement dilatées, mouvements continuels des mains tiraillant les vêtements, délire. Le contenu du pot que présentait la mère, fut immédiatement reconnu pour de l'extrait de belladone.

On administra à l'instant un vomitif composé de 10 grains de sulfate de zinc et de 6 grains d'ipécacuanha, puis un lavement avec l'huile de ricin et la térébenthine. Les symptômes restant les mêmes, on fit prendre, peu de temps après, 5 gouttes de teinture d'opium ; une seconde dose de 3 gouttes fut administrée une heure après, et ensuite 2 gouttes toutes les heures, jusqu'à ce que le petit malade s'endormît, ce qui n'arriva qu'un peu avant une heure du matin ; il n'y avait pas encore de contraction appréciable des pupilles. Après une heure d'un sommeil calme, l'enfant se mit précipitamment à son séant et commença à crier : à ce moment les pupilles s'étaient un peu resserrées ; au bout de quelques minutes il se rendormit tranquillement jusqu'à six heures et demie du matin, et se réveilla sans délire, et ayant les pupilles un peu plus contractées. Une dernière dose de teinture d'opium, 2 gouttes, fut encore donnée; l'amélioration se prononça de plus en plus ; le soir les pupilles étaient rentrées dans leur état ordinaire ; la nuit se passa bien, et le lendemain l'enfant fut rendu à sa famille.

Dans ce cas, comme dans ceux que nous avons précédemment cités, on remarquera la quantité considérable d'opium qui fut administrée au petit malade, et avec d'autant plus de raison qu'on sait combien ce médicament est mal supporté par les très-jeunes sujets. (*Dublin Quart. journ. of med. sc.*, févr. 1863.)

Buchu. Emploi contre les maladies des organes génito-urinaires. Les praticiens anglais et américains font le plus grand cas du *buchu*, substance végétale introduite en Europe par le voyageur Burchell, qui avait constaté dans ses explorations en Afrique que les Hottentots l'emploient comme vulnéraire et contre les maladies de la vessie. Cette substance, désignée encore sous les noms de *bucko*, *bocco*, *boechoe*, etc., est un mélange des *barosma crenata*, *barosma crenulata*, et *barosma serratifolia*. Les feuilles de buchu exhalent une odeur très-forte, comparable à celle de la feuille de figuier sèche. Leur saveur est chaude et aromatique ; elles contiennent de la résine, une grande quantité de mucilage, une matière extractive amère, et surtout une huile essentielle à laquelle elles doivent leur odeur, et qui, presque incolore lorsqu'elle est récemment extraite, devient d'abord verdâtre et, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, brun jaunâtre.

Lorsqu'on boit une infusion du buchu tiède, on éprouve bientôt un sentiment de chaleur dans la région des lombes, puis la transpiration s'établit, et l'urine, devenue plus abondante, conserve l'odeur de cette substance. Au début de la gonorrhée, lorsque l'émission de l'urine est douloureuse, on retire de grands avantages de l'emploi du buchu. On trouve dans l'ouvrage de M. A. Mercier plusieurs observations qui établissent la vertu curative et prophylactique du buchu dans les affections de la vessie.

Selon les pharmacopées de Londres, de Dublin et d'Edimbourg, l'infusion du buchu se prépare en mettant en

contact pendant quatre heures, dans un vase fermé, 32 grammes de buchu avec 500 grammes d'eau distillée bouillante. Cette infusion s'emploie à la dose de 40 grammes, deux ou trois fois par jour. Quant à la teinture alcoolique, un sixième est indiqué dans les pharmacopées; mais il paraît, d'après M. de Servière, auteur de la note que nous analysons, qu'un cinquième est suffisant. Les doses sont de 4 à 16 grammes. L'alcool est un excellent dissolvant des parties actives du buchu; il est pourtant possible d'obtenir tous les principes actifs du buchu sans employer l'alcool. Après plusieurs tâtonnements qu'il est inutile de rapporter ici, M. de Servière s'est arrêté à la formule suivante :

Feuilles de buchu... 500 grammes.
Eau bouillante...... 5000 grammes.

Faites infuser douze heures dans la cucurbite d'un alambic. Distillez avec précaution pour obtenir 750 grammes de produit; passez le liquide de la cucurbite; mêlez-le à 3 kilogrammes de sucre; faites évaporer en consistance de sirop très-cuit; quand ce sirop sera froid, mélangez-y la liqueur distillée. — Dose : de trois à quatre cuillerées par jour. — L'eau distillée de buchu devrait être employée aux mêmes doses que l'infusion, et aussi en lavements et en injections vésicales. — L'huile essentielle, mêlée soit à de l'axonge, soit à de la glycérine, serait réservée pour les frictions abdominales. Incorporée à du beurre de cacao, elle entrerait dans la composition de suppositoires, etc. (*Union medic.*, janv. 1863.)

Trajets fistuleux profonds de la mamelle datant de cinq mois, guéris en treize jours, simplement en s'opposant à l'action du muscle grand pectoral. Jeune femme de la campagne, âgée de dix-huit ans, de complexion délicate, régulièrement menstruée, admise à Saint-Mary's Hospital le 23 janvier, pour une affection du sein gauche. Ce sein présentait les ouvertures de plusieurs trajets fistuleux, dont quelques-uns pouvaient être suivis jusque sous la glande mammaire, et par lesquels il se faisait un écoulement de matière séro-purulente; en même temps, volume plus considérable, dureté, douleurs pulsatives de temps en temps; oblitération partielle de l'orifice du mamelon. La maladie avait débuté, environ cinq mois auparavant, par un abcès que la malade attribuait à un coup qu'elle avait reçu, et avait résisté à tous les moyens employés jusque-là.

M. Ure, dans le service duquel cette jeune femme avait été placée, considérant que ces trajets fistuleux n'étaient autre chose que des abcès profondément situés, dont le défaut de guérison tenait à ce que l'écoulement purulent y était entretenu par des frottements légers mais continuels exercés sur leurs parois par le jeu répété du muscle grand pectoral, prit soin que le bras gauche fût, au moyen d'un bandage bien appliqué, tenu constamment immobile contre le côté, l'avant-bras étant ramené dans la flexion au-devant de la poitrine; le sein, pendant ce temps, fut pansé simplement avec du linge cératé et de la charpie. Le 2 février, huit jours après le commencement de ce traitement, il y avait déjà une amélioration marquée; plusieurs des fistules étaient cicatrisées, et celles qui restaient, au nombre de deux, ne donnaient issue qu'à une très-légère sécrétion. Le 5 février, toutes étaient fermées solidement; deux jours après, la jeune femme, à qui l'on avait inspiré des inquiétudes et une crainte extrêmes, avant son entrée à l'hôpital, en lui disant que sa maladie était cancéreuse, retournait chez elle à la campagne avec le sein en très-bon état, et parfaitement guérie. (*Lancet*, mars 1863.)

Ligatures des membres, respirations profondes dans les congestions et les hémorrhagies. D'après M. le professeur Piorry, l'application des ligatures fortement serrées sur les membres tenus pendants, accompagnée de profondes inspirations, est un moyen plus puissant que les saignées pour arrêter momentanément les congestions et les hémorrhagies, et pour couper court à la marche d'une phlegmasie. Voici un fait qu'il rapporte à l'appui :

Le 6 janvier dernier, au moment de la visite dans son service à l'hôpital de la Charité, une femme de vingt-quatre ans fut prise d'une énorme pneumorrhagie. Elle rendait à chaque instant une quantité telle de sang, qu'en une minute ou deux une cuvette en était à moitié remplie. Un râle affreux se faisait entendre. On allait prescrire une potion ainsi composée : 1 gramme de perchlorure de fer pour 100 grammes d'eau édulcorée avec un sirop, quand M. Piorry an-

nonça à ses élèves qu'à l'instant même l'hémorrhagie allait être arrêtée. Il fit appliquer des ligatures fortement serrées sur les quatre membres tenus pendants, en même temps qu'il prescrivit à la malade de faire des inspirations très-fortes. En moins d'une minute, dit-il, l'écoulement du sang fut arrêté, et au bout d'une heure la pneumorrhagie n'avait pas reparu. Bientôt après la malade sortit guérie.

Ce succès n'a rien de surprenant, en effet, quand on sait que les ligatures produisent un arrêt du sang dans les membres, et remplacent pour un moment les saignées sans priver le malade de sang, et que, d'autre part, les grandes inspirations, en produisant une ampliation de la poitrine, rendent la circulation pulmonaire plus facile et remédient ainsi aux stases qui entretiendraient l'hémorrhagie. Nous ajouterons que le premier de ces moyens n'a rien de nouveau non plus : il a été bien souvent indiqué, pour prévenir le retour de certains accès périodiques congestifs, par exemple ; mais il nous a paru qu'il n'en était pas moins utile de le rappeler, parce qu'il a surtout l'avantage d'être toujours sous la main du praticien, et qu'il permet, dans le cas où il serait insuffisant, de gagner du temps et d'attendre qu'on puisse avoir recours aux moyens pharmaceutiques ou autres qui sont indiqués en pareil cas. (*Courr. médical*, janvier 1863.)

Du traitement général et médical des brûlures. Suivant M. Ashhurst, les brûlures, notamment les grandes brûlures, doivent être considérées comme une affection constitutionnelle plutôt que locale. Quand on a à secourir un blessé de ce genre, il faut immédiatement le mettre au lit, aussi chaudement couvert que possible, et lui donner quelque stimulant diffusible, 60 gouttes de laudanum dans 30 grammes d'eau-de-vie. On doit surseoir au pansement, tant que le malade n'est pas remis du premier choc ; car là est le principal danger. De dix patients reçus à l'hôpital de Pensylvanie, brûlés dans l'incendie du théâtre, six périrent dans les deux premières heures. On continue ensuite l'alcool et l'opium sous forme de *punch laudanisé* : c'est le meilleur remède contre les suites des larges brûlures.

Quant au premier pansement, pour lequel il préfère le liniment oléo-calcaire, l'auteur conseille de panser d'abord les bras, puis le tronc, puis la face ; sur cette dernière partie en effet, le pansement n'adhère que difficilement, et il se détacherait dans les mouvements qui seraient nécessaires pour panser les autres parties du corps.

Le premier pansement doit être laissé jusqu'à ce qu'il soit baigné de suppuration. On le remplace alors par un topique quelconque : l'auteur préfère le coton cardé.

Après que la réaction a eu lieu, on donne au malade, mais par cuillerées seulement, de la glace ou de l'eau gazeuse. (*Amer. jour. of med. science* et *Gaz. de Lyon*, février.)

Transfusion du sang suivie de succès, dans un cas d'hémorrhagie puerpérale. La transfusion est une ressource qu'on n'emploie guère chez nous que d'une façon exceptionnelle, et qui cependant, d'après les résultats qu'elle a procurés, mériterait, ce nous semble, qu'on y recourût plus fréquemment et avec plus de hardiesse. Voici un journal anglais qui, dans un seul numéro, nous en présente trois exemples. L'opération ne fut suivie d'effets avantageux et ne prévint la terminaison fatale que dans un de ces cas, malheureusement ; mais il ne paraît pas douteux que sans elle la malade aurait succombé. D'un autre côté, la petite quantité de sang qui fut injectée et qui suffit néanmoins pour rappeler la vie prête à s'éteindre, est un fait qui donne à cette observation un intérêt particulier, et qui porte avec lui son enseignement.

Le 11 janvier dernier, M. Thorne, aide de clinique obstétricale à l'hôpital Saint-Barthélemy, fut appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher d'un fœtus de sept mois, mais mort déjà depuis longtemps. En quelques minutes, il se manifesta les phénomènes d'une hémorrhagie considérable. M. Thorne alla avec la main détacher le placenta encore adhérent, fit le tamponnement, et l'hémorrhagie s'arrêta. Mais la malade était restée presque sans pouls et d'une pâleur extrême, symptômes résultant évidemment de la perte excessive de sang. On administra un mélange d'eau froide et d'eau-de-vie, mais que des vomissements obligèrent à discontinuer. La position allait s'aggravant; deux fois même la respiration s'arrêta, et il fallut la rétablir artificiellement. L'administration d'un lavement d'une

demi-pinte d'eau chaude additionnée d'eau de vie ne fut pas suivie de plus d'effet, et il était clair que la patiente allait succomber. La transfusion fut faite alors par M. Vernon, chirurgien de l'hôpital; mais, tant en raison de ce qu'il se perdit une certaine quantité de sang que par suite d'un évanouissement de la jeune femme qui le fournissait, il n'en fut guère injecté que deux onces dans la veine médiane céphalique. Cela toutefois parut suffisant pour stimuler l'action du cœur prête à s'éteindre; car, peu après, les pulsations de cet organe et des artères, qui étaient devenus excessivement faibles, se relevèrent d'une manière sensible. Des lavements composés de thé de bœuf et d'eau-de-vie furent ensuite donnés. Le rétablissement a été complet. (*Lancet*, mars 1863.)

Calcul vésical volumineux expulsé par les seuls efforts naturels, au septième mois de la grossesse. Combien il importe que le médecin se rende compte de la nature des accidents qui se manifestent au cours de la grossesse, notamment quand, ayant lieu dans la sphère du bassin, ils peuvent être les symptômes d'une maladie qui serait susceptible de devenir une cause de dystocie, c'est ce que démontre le cas suivant communiqué par le docteur Byrne à la Société obstétricale de Dublin. Heureusement pour la malade, elle put se débarrasser spontanément du calcul qui causait ses souffrances; mais s'il n'en eût pas été ainsi, si les phénomènes de dysurie, moins prononcés, eussent été négligés, le terme eût pu arriver, et peut-être, au moment de l'accouchement, il eût fallu recourir à une opération, soit application de forceps ou version, soit lithotomie vaginale. Voici le fait.

La malade, enceinte pour la seconde fois, éprouvait depuis le commencement de sa grossesse des symptômes d'irritation vésicale qui allaient croissant de jour en jour; douleurs, besoins fréquents d'uriner, etc. A la fin du sixième mois, ces symptômes s'étaient considérablement aggravés, et un matin, en se levant, elle ne put, malgré un vif besoin, expulser une goutte d'urine. La journée, la nuit suivante se passèrent en souffrances et en efforts toujours infructueux, et elle allait envoyer chercher son médecin, lorsque, faisant un nouvel effort, et plus énergique, elle entendit tout à coup le choc bruyant d'un corps dur tombant dans le vase, et fut soulagée par l'évacuation d'une quantité considérable d'urine. Le calcul qu'elle remit à M. Byrne, et qui était formé de phosphate tribasique, avait plus de 1 pouce de long, 1 pouce de largo et 3/4 de pouce d'épaisseur, et pesait 119,33 grains. Sa forme obovée donnait lieu de penser qu'il avait dû s'engager dans l'urètre par son extrémité la plus mince, et ainsi cheminer dans ce canal, en le dilatant à la façon d'un coin, sous l'action des efforts transmis à sa base par le liquide urinaire, jusqu'à arriver à l'orifice externe. (*Dublin Quart. journ. of med. sc.*, févr. 1863.)

Hématocèle de la tunique vaginale. Les cas de cette maladie ne sont pas communs; le diagnostic, surtout lorsqu'elle est spontanée, est loin d'en être facile, puisque des praticiens très exercés ont pu la confondre avec le kyste du testicule, et surtout avec le sarcocèle, et que, d'un autre côté, on a pu prendre pour elle certains cas d'hydrocèle avec épaississement considérable de la poche; le traitement n'est pas toujours sans difficulté ni sans périls. Il y a donc intérêt à en faire connaître des exemples. En voici un dont le professeur Smith a présenté la pièce anatomo-pathologique à la Société pathologique de Dublin.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, pâle et d'aspect maladif, fut admis en novembre dernier à Richmond hospital, dans le service du docteur Hutton, pour une tumeur volumineuse occupant le côté droit du scrotum. Trois ans auparavant, monté sur un tas de foin et le foulant sous ses genoux, il s'était froissé le testicule droit, mais sans en ressentir une très-vive douleur. Trois mois après, il s'était aperçu de l'existence d'une tumeur dans ce même côté des bourses, laquelle, sans le faire souffrir, s'était accrue d'abord lentement, mais d'une manière continue, puis avec beaucoup plus de rapidité depuis environ un an; elle avait, au moment de l'entrée, la grosseur d'une noix de coco. Dans les deux derniers mois, elle avait été ponctionnée trois fois; chaque fois la ponction avait donné issue à un liquide sanguinolent grumeleux, mais, circonstance digne de remarque, sans amener une diminution correspondante dans le volume de la tumeur.

Celle-ci, dont la forme rappelait un

peu colle de l'hydrocèle, plus globuleuse toutefois, était complétement opaque, lourde, et donnait une sensation de solidité élastique. Le scrotum était tendu, rouge, sans beaucoup de veines développées à sa surface; le cordon était sain, les glandes de l'aine n'étaient pas affectées; on ne pouvait sentir le testicule. La question de la nature exacte de la tumeur était fort douteuse : car, si le mode d'origine et les résultats des ponctions indiquaient une hématocèle, il y avait d'autres circonstances propres à faire soupçonner une affection de mauvais caractère, telles que le poids considérable, la solidité, l'élasticité, l'impossibilité de distinguer le testicule, l'apparence cachectique du malade. Le professeur Smith, tout en inclinant à croire plutôt à une hématocèle, déclara qu'il regardait la castration comme indiquée; l'opération, faite par le docteur Hutton, fut suivie d'un rétablissement rapide, sans aucun symptôme fâcheux.

Une incision longitudinale de la tumeur ayant été pratiquée, on trouva la tunique vaginale malade à un degré considérable : elle était énormément épaissie, dans des proportions qui variaient de un quart à un demi-pouce, et présentait la fermeté du cartilage; son intérieur contenait des masses de sang coagulé et un liquide épais et grumeleux, paraissant formé de matière purulente et de sang décomposé. Le testicule était complétement atrophié. (*Dublin Quarterly journ.*, févr. 1863.)

Thoracentèse; résultats statistiques. — La thoracentèse paraît être en grand honneur en Amérique, à en juger par un mémoire lu à la Société d'observation de Boston par M. Bowditch. L'auteur, dans une période de douze années, a eu recours 150 fois à la thoracentèse sur 75 malades; il l'a pratiquée 9 fois en huit mois et demi sur une femme, 8 fois en six semaines sur un vieillard. Sur les 75 opérés, 20 paraissent avoir dû leur guérison complète à l'évacuation provoquée de l'épanchement.

La nature du liquide contenu dans la plèvre a une importance considérable pour le pronostic, comme le prouvent les chiffres statistiques suivants : 26 fois la plèvre ne contenait que de la sérosité, 21 de ces opérés guérirent; 6 fois à l'épanchement séreux succéda un épanchement purulent, 4 de ces malades moururent, et la situation des deux autres était inquiétante lorsque M. Bowditch les perdit de vue.

La première opération donna issue 24 fois à du pus, 7 malades guérirent, 7 moururent; les autres, après des accidents divers, virent se développer des fistules pleurales, une phthisie. 7 fois un liquide sanguinolent sortit à la première opération, 6 des malades moururent, et le septième paraissait devoir succomber également; 3 fois le liquide était mêlé à du pus, les trois malades périrent; une fois le contenu de la plèvre était fétide et d'une odeur gangréneuse, la mort survint après quelques jours, et l'on trouva une gangrène de la plèvre; enfin sept fois, pour diverses causes, erreurs de diagnostic, décollement des fausses membranes par le trocart, l'opérateur ne put retirer aucun liquide de la plèvre.

L'auteur, qui ne paraît pas connaître encore le procédé si ingénieux de M. Reybard, s'est servi d'une seringue à double effet pour retirer le liquide de la plèvre. Les résultats qu'il a obtenus dans les cas d'épanchements séreux méritent l'attention, puisque sur 26 opérés de cette catégorie 21 ont pu guérir. Mais il n'en a pas été de même dans les cas où la plèvre renfermait du pus ou de la sérosité purulente ou sanguinolente, puisque sur 49 opérés de cette seconde catégorie, on ne trouve plus que 8 guérisons. Ces chiffres justifieraient, s'il en était besoin, les préceptes des médecins français, de donner issue au liquide avec le trocart garni de baudruche, afin d'éviter avant tout l'entrée de l'air, quand le liquide est de la sérosité; mais d'agrandir, au contraire, largement l'ouverture avec le bistouri, lorsque la plèvre renferme du pus, afin de pratiquer, après l'évacuation du pus, des injections détersives et au besoin des injections irritantes dans la cavité pleurale. (*Americ. Journ.* et *Gaz. hebdomad.*, février 1863.)

Nouveau fil à sutures. M. Clover a proposé une nouvelle espèce de suture, qui paraît posséder, dit-on, plusieurs avantages sur celles employées, tant en soie qu'en fil ou en métal. Elle consiste en un fil de cuivre très-fin recouvert de gutta-percha, lequel n'est dans le fait qu'un très-petit fil télégraphique, d'où le nom de *telegraph suture* qui a été adopté pour le désigner. Ce fil à suture a été employé en plusieurs circonstances par M. Erichsen, de Uni-

versity college Hospital, qui se louc de son usage. « Le fil d'argent, dit ce chirurgien, a l'inconvénient d'être très-rigide et ne se noue pas bien. Le fil *télégraphique*, au contraire, est parfaitement souple, et forme un nœud de même qu'un fil de soie ordinaire; on peut le couper comme de la soie et l'enlever sans difficulté; on peut, de plus, s'en servir avec une fine aiguille à coudre. » (*Lancet*, décemb. 1862.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX [1],

Lue à la Société de chirurgie par M. DEBOUT.

Phocomélie pelvienne unique.

Nous avons dit déjà, et nous venons de le montrer, que Is. Geoffroy Saint-Hilaire, en rassemblant tous les faits de phocomélie bi-abdominale contenus dans les annales de la science, était arrivé à en fournir à peine six cas. Nous bornant à l'examen d'individus existant en France et vivants au moment où nous écrivons, nous allons produire un nombre plus considérable de cas dans lesquels la phocomélie est bornée à un seul des membres inférieurs, cette forme de l'anomalie dont ce savant tératologiste ne connaissait pas d'exemple.

Nous pourrions également citer des observations de phocomélie uni-thoracique: entre autres faits, celui d'une petite fille de huit à dix ans, que nous avons rencontrée, il y a quelques années, à l'hôpital des Enfants malades et que notre collègue, M. Bouvier, a pu voir comme nous. C'était un des types les plus complets de l'anomalie qu'il nous ait été donné d'observer. Le membre thoracique droit était réduit à un tronçon de trois à quatre pouces, terminé par une main bien conformée, mais un peu plus petite que la gauche. Au moment où nous entrions dans la salle, cette enfant tenait un morceau de pain de son membre phocomélique et le portait facilement à sa bouche.

Mais ces faits ne ressortissent pas à notre sujet, l'étude de la valeur des ressources de la prothèse. Dans les cas de phocomélie uni-thoracique, comme il reste aux individus un membre bien conformé et que le membre avorté se termine par une main, ils peuvent se passer d'un secours mécanique, et la prothèse viendrait céler seulement la difformité.

Il n'en est pas de même dans la phocomélie pelvienne unique, puisque les individus ne peuvent marcher sans appareils. Disons donc ce que l'expérience nous a appris à cet égard.

Parmi les estropiés qui accompagnent en si grand nombre les joueurs d'orgue que nous rencontrons à chaque pas dans les rues de Paris, il existe un certain nombre de phocomèles. De ceux que nous avons examinés, nous en citerons deux chez lesquels l'anomalie était bornée à un seul des membres abdominaux.

OBS. I. *Phocomélie affectant les deux segments du membre droit. — Emploi d'une béquille-échasse.* Jeune homme de vingt à vingt-cinq ans, bien conformé d'ailleurs, et jouissant d'une santé robuste. Chez lui, l'arrêt de développement avait porté d'une manière presque égale sur chacun des deux segments du

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 232.

membre. Ainsi, le membre avorté présentait la moitié de la hauteur du membre normal, le pied au niveau de l'articulation du genou. Le segment crural étai peut-être un peu plus long, certainement mieux musclé que le segment jambier et le pied légèrement atrophié. A part la petitesse, ce dernier présentait une bonne conformation.

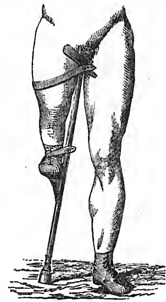


Fig. 6.

Ce garçon, fort industrieux, s'était construit un appareil très-simple ; celui-ci consistait en une sorte de béquille, dont la crosse embrassait le pli génito-crural ; à la partie moyenne du support était fixée une petite potence sur laquelle le pied atrophié reposait. Deux courroies suffisaient pour fixer l'appareil au membre. De cette façon, cet homme s'était créé des points d'appui solides, l'un au bassin, l'autre à l'extrémité du membre. Aussi pouvait-il marcher toute la journée, et souvent même, lorsqu'il n'avait pas de compagnon, il portait son orgue.

Nous avons appris que ce phocomèle s'est présenté depuis à la consultation de M. Chassaignac, et que notre collègue a saisi cette occasion pour le présenter aux élèves qui suivent sa clinique à l'hôpital de Lariboisière. M. Mathieu, qui était présent, a admiré, comme nous l'avions fait, la simplicité de cet appareil prothétique.

Obs. II. *Anomalie portant spécialement sur le segment crural du membre droit. — Usage d'une sorte de sellette-pilon.* Garçon de dix-huit à vingt ans, ne présentant pas d'autre difformité, et également doué d'une santé excellente. Chez lui, l'arrêt de développement portait beaucoup plus spécialement sur le segment crural, qui mesurait à peine 10 centimètres de longueur. La jambe et le pied présentaient à peu près les dimensions de l'autre membre. C'était presque la conformation du second phocomèle de M. Charrière (Obs. IV).

Son appareil était plus simple encore que le précédent, mais moins ingénieux. Il était formé par une plaque de bois emmanchée sur une tige droite, et sur laquelle cet individu posait son tronçon de cuisse. Il faisait mouvoir cette tige de bois à l'aide de sa jambe qu'il enroulait autour ; au moment où cette sorte de pilon touchait le sol, la main droite du phocomèle, qui ne lâchait jamais la plaque de bois, ramenait celle-ci sous la cuisse et le bassin.

J'avais donné à cet individu le moyen de rendre sa main libre, en plaçant une articulation en ginglyme entre la plaque et l'axe de l'appareil, de façon à pouvoir fixer la sellette à la cuisse, à l'aide d'une ou deux courroies, mais il n'en a voulu rien faire : son mode de progression pénible excitait davantage la pitié des passants.

A ces faits, dont le hasard m'avait rendu témoin, j'ai voulu ajouter ceux que pouvaient me donner nos divers fabricants de jambes artificielles.

Du moment où je me livrais à une semblable enquête, la première personne

que je devais consulter était M. Charrière. Nul ne pouvait me fournir des faits plus nombreux. Parmi ceux qu'il m'a cités, je rapporterai seulement les trois derniers, parce qu'il possédait encore les moules de ces membres avortés, ainsi que les modèles des appareils qu'il avait construits.

Obs. III. *Phocomélie affectant exclusivement le pied et la jambe droite: usage d'un membre artificiel prenant son point d'appui au bassin.* En 1860, une demoiselle affectée de phocomélie pelvienne unique vint à Paris pour se faire faire une jambe artificielle et s'adressa à M. J. Charrière. Cette jeune personne, âgée de dix-huit à vingt ans, de petite taille, ne présentait aucun autre vice de conformation que l'arrêt de son membre abdominal droit (fig. 7). Le segment supérieur offrait des dimensions identiques en volume et en longueur avec

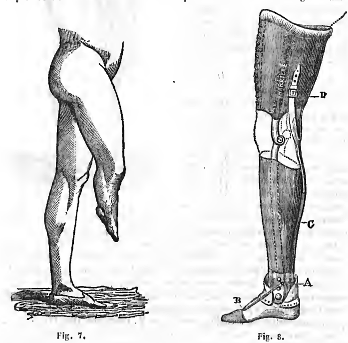


Fig. 7. Fig. 8.

celui du côté opposé. L'anomalie portait exclusivement sur la jambe et le pied, ce dernier surtout. Cette extrémité présentait à peine la moitié du volume du pied sain ; les orteils n'existaient pas et les métatarsiens, confondus, formaient un cône dont la pointe excédait à peine le volume du gros orteil normal.

Voici les dimensions que présentaient ces membres. Les deux cuisses mesuraient, du pli de l'aine au milieu de l'articulation du genou, 26 centimètres. La jambe normale, du milieu du genou au sol, 40 centimètres. La jambe avortée, du même point à l'extrémité du pied phocomèle, 23.

La longueur du membre étant celle qu'on observe à la suite des amputations à la partie moyenne de la jambe, M. Charrière a fait construire pour cette demoiselle un appareil sur le modèle de ceux qu'il livre aux amputés, c'est-à-dire prenant son point d'appui principal à l'ischion (fig. 8). Depuis trois années que

M[lle] X*** se sert de cette jambe, elle a complétement abandonné l'usage des béquilles et marche fort bien.

Les cas dans lesquels l'arrêt de développement porte spécialement sur le pied sont les plus rares, et nous ne connaissons pas d'autre exemple dans lequel la conformation de cette extrémité soit aussi anormale. Il eût été difficile de prendre un point d'appui sur cette partie du membre. Il n'en était pas de même des condyles du tibia ; leur grand développement nous eût même conduit, si nous avions été consulté pour ce cas, à faire choix d'une simple bottine. Ici pas de cicatrice, et par conséquent nulle crainte de voir le tiraillement des téguments agir sur l'extrémité du moignon. L'appareil, réduit à la moitié de ses dimensions, serait beaucoup plus léger et affranchirait la personne du point d'appui au bassin.

Obs. IV. *Phocomélie pelvienne droite. — Anomalie portant spécialement sur le segment crural. — Usage d'un appareil prothétique depuis l'âge de quatre ans et demi.* Jules X***, petit garçon de neuf ans, est né à terme

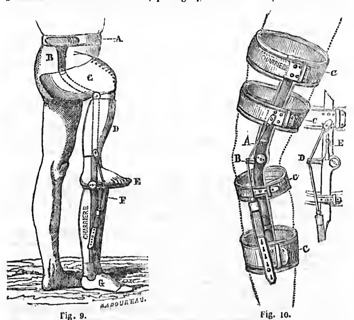


Fig. 9. Fig. 10.

d'une mère délicate, âgée de dix-sept ans. Celle-ci rapporte l'infirmité de son enfant aux travaux du ménage qu'elle a dû continuer pendant toute la durée de sa grossesse. L'arrêt de développement porte principalement sur le segment crural, qui ne mesure que 6 centimètres, tandis que la longueur de la jambe est de 25 centimètres. La sage-femme qui a reçu cet enfant nous a dit que, au moment de la naissance, la jambe paraissait s'insérer sur le bassin et que le genou faisait saillie au niveau de la région inguinale; de plus, la plante du pied était manifestement tournée en dehors. Ce léger pied bot valgus n'a nécessité aucun traitement spécial; des frictions et des manipulations pratiquées par la nourrice ont suffi pour ramener la bonne conformation du pied.

Vers l'âge de quatre ans, on amène l'enfant à Paris et l'on consulte le docteur Alp. Amussat sur le moyen à employer pour le faire marcher. La forme du membre et l'état de développement des muscles portent notre confrère à conseiller l'essai d'un appareil prothétique, et il adresse les parents à M. Jules Charrière.

L'appareil construit par ce fabricant se compose de quatre parties principales (fig. 9).

Une bottine en cuir, terminée par un pied artificiel, et portant à sa partie supérieure une planchette en bois sur laquelle pose le pied naturel E. A l'intérieur de cette bottine se trouvent placés des ressorts destinés à imprimer des mouvements d'extension et de flexion au pied artificiel G. Quant aux mouvements d'extension de la jambe artificielle, ils sont confiés à deux ressorts en caoutchouc F, placés à l'extérieur et de chaque côté du pied naturel. C'est la disposition que M. Charrière emploie pour rendre le mouvement à l'articulation du genou, dans les cas de rupture du ligament rotulien (fig. 10).

Une molletière D embrasse la jambe naturelle, et n'a d'autre action que de maintenir les attelles latérales qui relient la jambe artificielle avec la partie supérieure de l'appareil.

Celle-ci est constituée par un cuissard C, formé par une gaîne en cuir moulée, sorte de sellette sur laquelle repose la fesse et la cuisse avortée. Ce cuissard est ouvert à sa partie antérieure et supérieure, pour permettre l'introduction de ce segment du membre.

Enfin, une ceinture A fixe l'appareil au tronc.

L'enfant qui, jusque-là, n'avait pas encore marché, n'a pas tardé à s'habituer à cet appareil et partage les jeux de ses camarades; il court, saute, et n'est pas le moins pétulant des enfants de la pension. Il porte son appareil depuis près de cinq années; j'espère le soumettre prochainement à l'examen de la Société.

Un peu plus d'ampleur donnée aux jambes de son pantalon suffit pour cacher sa difformité.

L'âge de l'enfant a suggéré à M. Charrière l'idée de construire les attelles latérales de plusieurs pièces, afin de pouvoir allonger leur étendue à volonté et suivre les progrès du développement du membre sain. De cette façon il devient nécessaire de remplacer l'appareil alors seulement qu'il est usé.

Peut-être, lorsque l'enfant deviendra plus posé, sera-t-il possible de supprimer la partie supérieure de l'appareil ? Celui-ci serait réduit à la bottine, qui viendrait prendre son point d'appui autour des condyles du tibia. L'observation VIII va prouver que ce petit mutilé pourrait retirer de non moins bons services de son appareil ainsi simplifié.

Enfin cet habile fabricant vient de me consulter pour un troisième cas de phocomélie, plus curieux, qui lui était adressé par le docteur Rampon, de Chablis.

Obs. V. *Phocomélie pelvienne droite; arrêt de développement portant sur les trois segments du membre. — Bottine-pilon.* — Jeune fille de quinze ans, grande et bien constituée d'ailleurs, jouissant d'une excellente santé. L'anomalie porte plus spécialement sur la jambe et sur le pied, ce dernier surtout. Celui-ci est constitué en avant par le gros orteil et son métatarsien; en arrière, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on sent une petite masse osseuse, aplatie, présentant la forme de l'astragale. Elle est englobée dans une grande masse de tissu cellulaire dense et serré, se prolongeant en arrière en forme de talon, et dans laquelle vient se perdre l'expansion du tendon d'Achille. Ce gros orteil exécute tous les mouvements du pied, abduction, adduction, flexion, extension et même circumduction. Le squelette du segment jambier est constitué

par le tibia, dont la malléole interne forme une saillie assez considérable pour avoir fait croire à une fracture ancienne de la portion épiphysaire. Le péroné manque ; la cuisse est seulement un peu plus courte que celle du côté sain.

Voici les dimensions de ces deux membres :

Fémur,	membre normal,	35;	membre avorté,	23.
Tibia,	—	36;	—	23.
Pied, longueur,	—	24;	—	14.
Pied, hauteur,	—	6;	—	1.

Cette jeune fille marche depuis son enfance avec une béquille. Sur le conseil de son médecin, elle est venue à Paris pour se faire faire un appareil qui lui rende la liberté de sa main droite, employée à manœuvrer son appareil de sustentation. Comme ce membre supporte très-bien le poids du corps, j'ai donné le conseil de lui fabriquer une bottine-pilon, maintenue à la jambe à l'aide de deux attelles latérales et d'une jarretière. M. le docteur Rampon nous apprendra plus tard l'étendue du secours fourni par cet appareil.

Notre collaborateur M. le docteur A. Gauchet, médecin du bureau de bienfaisance du X[e] arrondissement, nous a adressé le sujet de l'observation suivante, qui était venu réclamer un certificat pour obtenir de l'assistance publique un nouvel appareil.

Obs. VI. *Phocomélie pelvienne gauche*; *arrêt de développement portant spécialement sur la cuisse, pied creux équin.* — Ouvrier bijoutier, âgé de vingt-deux ans, assez grand et bien constitué, sauf son anomalie. Il a marché longtemps à l'aide d'un pilon terminé par deux branches latérales fixées à la jarretière par une courroie ; ce jeune homme, qui est fort intelligent, rapporte la formation de son pied creux à ce que l'étrier sur lequel reposait le pied, était formé par une bande de fer très-étroite, au lieu d'une plaque sur laquelle la plante du pied eût reposé dans toute son étendue. Nous reviendrons sur ce fait très-important, et dirons ce que nous aurons obtenu d'un appareil mieux adapté à la disposition de la difformité.

M. Béchard fils nous a fait voir le moule en plâtre et l'appareil du cas suivant.

Obs. VII. *Phocomélie pelvienne droite; arrêt de developpement portant sur le segment jambier et le pied, celui-ci ne présentant que trois orteils. — Pied artificiel.* — Une dame âgée d'environ quarante-cinq ans, cachant et son nom et la localité qu'elle habite, vient chercher un apparcil toutes les fois qu'elle en a besoin, et disparaît aussitôt. On le sait, les mutilés ont plus de honte des difformités congénitales que de celles produites par un accident. Voici le dessin de l'appareil élégant construit par M. Béchard (fig. 11). Il se compose d'un pied artificiel dont

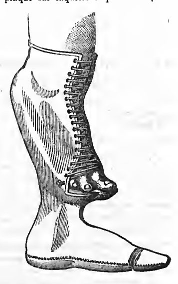


Fig. 11.

la partie antérieure est seule mobile et se trouve surmontée par une pédale sur

laquelle repose le pied ; celle-ci est disposée en forme de brodequin. Cette dame porte des pantalons, et prend un tel soin de dissimuler sa difformité, que la plupart des membres de sa famille l'ignorent complétement.

M. le docteur Otterbourg nous a conduit un de ses jeunes clients dont le pied présente une malformation semblable.

Obs. VIII. *Phocomélie pelvienne droite portant sur les trois segments du membre. — Usage d'une bottine-patin.* — Petit garçon, âgé de dix ans, fort et vigoureux et jouissant d'une santé excellente. La cuisse, bien musclée, offre environ 6 centimètres de moins que celle du côté opposé. La même différence de longueur existe entre les deux jambes, mais le contraste entre les masses musculaires de ces segments est des plus considérables. Le péroné manque complétement, de sorte qu'il n'existe pas de malléole externe. Le tibia, normalement développé dans sa partie supérieure, présente dans sa partie moyenne une courbure en avant, comme chez les enfants rachitiques, la malléole interne constitue une saillie considérable. Le pied n'est pas renversé en dehors, mais il est situé en dehors de l'axe de la jambe. Ses diverses dimensions sont d'un tiers plus petites que celles du pied normal, cette grande différence, surtout en ce qui concerne sa largeur, tient à ce que ce segment n'a que trois orteils, le gros orteil et les deux doigts suivants. Les trois métatarsiens, ainsi que les os des deux rangées du tarse qui leur correspondent, existent, ainsi que l'astragale et le calcanéum, mais ils sont réduits à des dimensions proportionnées à la forme générale de ce pied.

Dès l'âge de cinq mois, on a commencé à appliquer un appareil à cet enfant afin de s'opposer à la déviation du pied en dehors, puis, lorsqu'il a été en âge de se tenir sur les jambes, on a adapté sous la semelle de cet appareil une lame de bois évidée, de façon à donner une même longueur aux deux membres. Depuis l'âge de quinze mois, cet enfant fait usage de ce même modèle et partage tous les jeux de ses camarades de pension. Depuis quelques années, sur le conseil de M. le docteur Gruby, on a donné au bord inférieur de son appareil une forme légèrement courbe (disposition semblable à celle de la lame des patins destinés à glisser sur la glace) ; cette modification facilite beaucoup la marche de l'enfant.

La mère, qui est une femme des plus intelligentes, m'a affirmé que l'accroissement de ce membre se produisait d'une manière plus lente que celui du membre normal, de sorte que la différence de leur longueur augmente chaque année de quelques millimètres.

Lorsque cet enfant aura atteint sa croissance complète, il sera possible de lui faire porter un appareil analogue à celui de la mutilée de M. Béchard ; d'ici là ce serait l'exposer à la formation d'un pied-bot équin.

M. Mathieu m'a remis une note sur une déformation du membre inférieur qui pouvait laisser croire, par sa forme générale, à l'existence d'une phocomélie pelvienne. Malheureusement il avait laissé briser le moule de ce membre après la confection de l'appareil prothétique (1), de sorte que je n'ai pu m'assurer de l'exactitude de ce jugement. Le mutilé habitant l'Algérie, j'ai dû recourir à l'obligeance de M. le docteur Sistach, médecin de l'hôpital de Souk-Ahras, pour obtenir des renseignements plus complets. La note et les dessins que nous a adressés M. Sistach, prouvent que la lésion est le résultat d'une

(1) Les fabricants d'appareils, au lieu de détruire les moules des difformités qu'on observe rarement, devraient les envoyer dans un de nos musées. Cette nouvelle section finirait par constituer une des divisions les plus originales.

série d'accidents traumatiques survenus pendant l'enfance; par conséquent ce fait ne rentre pas, du moins comme étiologie, dans la série des mutilations congénitales, objet de mon enquête. Je dois donc en réserver l'examen et en faire le sujet d'un rapport particulier.

Il n'en est pas de même du cas suivant, qui m'a été signalé par M. Ferdinand Martin. Le médecin de ce phocomèle, M. le docteur Bucquet, se trouvant de mes amis, j'ai pu obtenir très-facilement cette observation; elle est des plus intéressantes.

Obs. IX. *Phocomélie pelvienne gauche.— Usage pendant plus de cinquante années d'une bottine-pilon. — Essai d'une jambe artificielle.* « M. de X*** est âgé de soixante ans; sa taille est de 1m,66; sa conformation parfaite de tout point, sauf le membre défectueux. Toute sa famille, qui est fort nombreuse, se compose d'individus remarquables par leur *beauté:* le mot n'est que juste. Toutefois, il est très-digne de remarque que les quatre générations de cette famille que j'ai connues, ont présenté un individu par chaque génération porteur d'un membre mal conformé: ainsi une grand'tante était privée d'une main; un oncle avait une jambe *estropiée;* et un neveu est né avec une main de moins. La difformité semble avoir suivi la ligne collatérale par les *femmes*; mais je ne puis fournir aucun autre détail.

« Lorsque l'on considère les membres inférieurs de M. de X***, les deux cuisses paraissent parfaitement semblables au premier aspect: seulement, il semble que la cuisse gauche est articulée avec le pied, lequel est parfaitement conformé du reste, et seulement un peu moins développé dans toutes ses dimensions; mais, en examinant ce membre avec soin et en palpant, on s'assure que ce n'est point la jambe qui manque, mais, au contraire, le corps même du fémur; et c'est ce qui m'a fait vous dire que le genou se trouve au niveau du pli de l'aine. En effet, il semble que les condyles du fémur font suite au grand trochanter, tandis que l'on sent parfaitement la tête du fémur rouler dans la cavité cotyloïde. En somme, il me semble que toutes les parties constitutives du pied et de la jambe existent, et que l'on peut se rendre parfaitement compte de la difformité en supprimant par la pensée le corps du fémur, ou le supposant réduit à une longueur de quelques centimètres.

« Il suit de là que le membre défectueux, qui est très-fortement musclé, a presque autant de force que le membre sain, et que, pour qu'il servît à la marche, il a suffi de le prolonger, de manière qu'il pût s'appuyer sur le sol. C'est ce que l'on a obtenu en chaussant le pied d'une bottine fixée sur un simple pilon et fixant le pilon lui-même à la jambe pour plus de solidité, par deux attelles serrées autour de la jambe par une simple courroie. Cet appareil n'est autre, en un mot, que l'appareil ordinaire des amputés de la jambe au lieu d'élection: seulement, à la place d'un coussin pour appuyer le genou, c'est une bottine destinée à chausser le pied.

« Cet appareil fut appliqué, on peut le dire, dès que l'enfant fut en état de marcher; aussi M. de X*** s'en servait-il avec une grande aisance: au collége, il jouait, courait et sautait presque aussi bien qu'aucun de ses camarades. Ce n'est qu'après l'âge de quarante ans qu'il s'est avisé de demander une jambe à M. Ferd. Martin, et cette jambe il l'a essayée; mais, à la lettre, il ne s'en est jamais servi. Il la trouvait énormément lourde, et il butait à chaque pas en montant soit une rue en pente, soit un escalier; de plus, il avait pris un embonpoint considérable. Marié et père de famille, bien connu dans son pays, dont il ne sortait pas, il n'éprouvait nullement le besoin de déguiser son infirmité;

rien ne le portait donc à s'imposer les ennuis et les dépenses que lui promettait un appareil, qu'il jugeait, après tout, moins commode que celui dont il avait l'habitude. Et cependant, il ne doute pas que, s'il eût voulu rester assez longtemps à Paris, M. Ferd. Martin n'eût réussi à lui construire un appareil suffisamment léger, et beaucoup plus gracieux que son *pilon* habituel.

« M. de X*** ne s'est jamais servi de béquilles, sinon depuis deux ou trois ans : un embonpoint immodéré lui a fait désirer, pour plus de solidité, d'ajouter à son pilon-bottine cette base de sustentation plus étendue.

« La longueur du membre sain, du périnée au talon, est de 84 centimètres : celle du membre avorté est de 48, également du périnée au talon. » (*Extrait d'une lettre du* 29 *janvier* 1863.)

Obs. X. *Phocomélie pelvienne droite affectant les trois segments du membre.— Usage d'une béquille.— Fracture de la jambe avortée.— Guérison.*— Il y a une vingtaine d'années, j'étais très-lié avec une famille dont la fille aînée présentait un raccourcissement considérable du membre abdominal droit, dû, m'a-t-on dit, à une chute faite dans la première enfance. Comme on s'occupait beaucoup alors de l'expérimentation des jambes artificielles dans nos hôpitaux, j'avais rapporté au chef de la famille les résultats des essais dont j'étais le témoin, et j'engageais cette demoiselle à profiter des ressources réelles que la prothèse présentait déjà à cette époque. La nécessité du moulage préalable du membre fit repousser ma proposition.

J'ai appris depuis que cette personne, qui marche avec une seule béquille, s'était brisé son membre difforme, et que force lui avait été alors de le laisser voir. Le chirurgien appelé à traiter cette fracture, M. Demarquay, nous a dit que la conformation du membre était tout à fait semblable au dessin du premier de nos mutilés (fig. 6) : cuisse bien musclée, jambe grêle et possédant son squelette complet, pied petit avec ses orteils.

La fracture portait sur la partie moyenne des deux os. M. Demarquay voulut appliquer tout d'abord un appareil de Scultet ; il dut le modifier à cause de l'impossibilité où se trouvait la malade d'étendre la jambe. (Nous rapportons la contracture des muscles de la cuisse à l'absence de l'usage de ce membre, et à la manière toute particulière dont marchait cette personne : elle plaçait sa béquille entre ses deux membres et appuyait fortement sur sa tige la face interne de la cuisse avortée). On ne tarda pas à substituer au premier appareil un bandage dextriné, et la fracture se consolida promptement.

Cette personne est âgée de cinquante-huit ans ; nouvel exemple que cette anomalie n'empêche ceux qui en sont atteints de vivre longtemps.

(*La suite au prochain numéro.*)

Le jury pour le concours des chefs de clinique médicale de la Faculté se compose de : MM. Rayer, président ; Rostan, Bouillaud, Trousseau, Piorry, Grisolle, Monneret (suppléant). Les candidats sont : MM. Pierson, Menjaud, Baudot, Costa d'Acerda, Bricheteau, Bonfils, Blondet, Ball, Ferrand, Martineau, Laborde, Peter, Lancereaux, Blachez, Fremineau, Siredey, Dujardin-Beaumetz, Proust.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. le professeur Bouisson, de Montpellier, présenté en première ligne par la section de médecine et de chirurgie, a été élu membre correspondant par 43 suffrages contre 6 donnés à MM. Serre (d'Alais) et Ehrmann (de Strasbourg).

Sont nommés dans la Légion d'honneur : au grade d'officier : M. Barthez, médecin ordinaire de S. A. le prince impérial, et M. Camescase, chirurgien principal de la marine ; au grade de chevalier : M. Follier, chirurgien de première classe de la marine, et M. Boulongne, ancien chirurgien aide-major.

M. le docteur Périer est nommé inspecteur de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a élu M. Henri Gintrac membre correspondant à Bordeaux.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la cure de petit-lait et de ses indications dans le traitement de la phthisie.

Par M. le docteur THIERRY-MIEG.

On emploie beaucoup en Allemagne le petit-lait, à titre de médicament et à titre d'agent hygiénique.

Quelques essais ont été tentés pour introduire en France cette pratique, mais, il faut le dire, avec peu de succès jusqu'au moment actuel. Plusieurs reproches ont été adressés à cette médication, et nous allons essayer d'en apprécier la valeur en quelques mots.

La principale objection, formulée par M. Aran [1], est relative au défaut d'indications précises de l'application du petit-lait. Une autre, presque aussi importante, consiste à dire que les bons effets observés sont de peu d'importance, parce que le diagnostic de la maladie n'avait pas été posé d'une manière précise.

A ces deux reproches, il est facile de répondre que l'absence d'indications, d'une part, l'imperfection du diagnostic de l'autre, témoignent seulement du défaut d'attention des observateurs, mais ne sauraient en rien infirmer l'importance thérapeutique d'un médicament quelconque.

Nous avons donc cru, nous fondant sur les bons effets incontestables observés par les praticiens les plus recommandables de l'Allemagne, et appuyé sur quelques observations personnelles, nous avons donc cru pouvoir reprendre avec succès l'étude du moyen thérapeutique en question.

Procédant à une étude attentive des faits observés jusqu'ici et des principaux articles qui ont paru sur ce sujet, soit sous forme de monographies, soit dans de grands ouvrages [2], nous nous sommes attaché à déterminer d'abord un point unique de la question d'administration du petit-lait, de manière à préciser très-exactement les

(1) *De la cure du petit-lait*, par le docteur F.-A. Aran, *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LIX, p. 145.

(2) Beneke : *Die Rationalitat der Molkencuren*, — 1853.
Helfft : *Handbuch der Balneotherapie.* — 1859,
Lersch : *Einleitung in die Mineralquellenlehre*, — 1860.
Carrière : *Les cures de petit-lait et de raisin*, — 1860.
James : *Guide pratique aux eaux minérales*, — 1861.
Ewich : *Praktisches Handbuch über die Heilquellen*, — 1862.

conditions dans lesquelles il peut être utile, c'est-à-dire les *indications*.

Négligeant un certain nombre de circonstances ou d'états morbides dans lesquels le petit-lait a été administré peut-être un peu au hasard, nous avons porté exclusivement notre attention sur les cas où il a été mis en usage le plus fréquemment et avec le plus de succès. Ces cas sont ceux de la phthisie pulmonaire, de la bronchite chronique et de ces espèces de broncho-pneumonies à marche lente qui, par tous leurs caractères, se rapprochent d'une manière si marquée de la première affection.

Or, nous devons le dire, tous ces cas n'ont pas été traités avec un égal succès ; mais, loin de nous décourager et de renoncer à l'emploi d'un médicament qui évidemment a été fréquemment utile, nous avons dû analyser les faits et rechercher les conditions qui réclament ou qui repoussent l'usage de ce moyen thérapeutique.

Il nous a semblé alors que cette médication ne s'adresse pas précisément à la maladie tuberculeuse elle-même, mais à une ou à plusieurs des conditions que présente le malade tuberculeux lui-même, c'est-à-dire à un de ces ensembles de symptômes auxquels on a donné le nom d'*éléments morbides.*

En effet, pour peu que l'on accorde un certain degré d'attention à la marche de la phthisie pulmonaire ou de la bronchite chronique, on ne peut manquer de remarquer que ces affections n'ont pas toujours des physionomies identiques : chaque individu a en quelque sorte sa manière d'être phthisique ; chacun a son mode de manifestation ou d'expression de la maladie, chacun son mode de résistance et de réaction. Les uns se laissent abattre et réduire par le mal, comme les autres luttent et résistent en déployant en quelque sorte toutes les forces de leur vitalité, de sorte qu'il serait non-seulement imprudent, mais irrationnel de soumettre tous les malades à un traitement identique, et qu'il faut avoir, si nous pouvons ainsi dire, des armes spéciales pour combattre chaque espèce de manifestation.

Si nous essayons de spécifier les physionomies diverses de la phthisie pulmonaire, nous croyons que l'on peut y remarquer, entre autres, les types suivants :

Au début, et chez un certain nombre d'individus, la maladie revêt une *forme active* et s'accompagne de congestion pulmonaire et les malades sont hémoptysiques. Il y a alors, par un consensus de tous les organes, une sorte de suractivité fonctionnelle de tout l'organisme, un excès d'action de tous les appareils ; les malades semblent être sous l'influence d'un état pléthorique (*phthisie floride*,

Hufeland), la fièvre s'allume facilement, tout ce qui tendrait à augmenter les forces de l'économie semble contraire à l'état de l'organisme, tout ce qui tend à les déprimer est bien supporté et amène une amélioration au moins temporaire.

Cela est si vrai, que, même avec le soupçon de l'existence de tubercules pulmonaires, le médecin ne peut pas se dispenser d'employer la médication antiphlogistique et spoliative.

Dans une autre période, on voit quelques malades offrir des caractères tout opposés. Ils sont abattus et épuisés, sans présenter presque aucune trace d'état réactionnaire. Dominés par la maladie contre laquelle ils semblent ne pas résister, ils perdent tous les jours leurs forces par une expectoration purulente, par la diarrhée, par les sueurs nocturnes, en un mot, par des phénomènes de colliquation.

Et, au milieu de cet état si grave de *dissolution* de l'économie, ils ne présentent qu'un peu de fièvre le soir. Alors, et dans la mesure de ce que permettent les graves désordres de la plupart des organes, tout ce qui tend à relever les forces est bien accepté et produit un effet manifeste d'amélioration. Les cas ou les périodes de la maladie que nous venons d'indiquer pourraient être caractérisés par l'épithète de *passivité* générale de l'écouomie (*phthisie atonique*, Hufeland).

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelques malades semblent, sous l'influence de l'évolution tuberculeuse pulmonaire, entrer dans un état de révolte et employer une partie de leurs forces, non plus à manifester la maladie, mais à la combattre. Et ici se présentent deux types bien différents.

Le premier pourrait être nommé *type fébrile* ou *phlegmasique*. Bien qu'affectés déjà de cavernes pulmonaires, les malades ne sont pas entièrement débilités. Ils ont une *fièvre continue* avec exacerbations le soir et la nuit; ils sont pris fréquemment de localisations inflammatoires qui témoignent d'une certaine puissance de plasticité de l'économie. Ils sont atteints de bronchites aiguës, de pleurésies aiguës et chroniques, d'entérites, auxquelles conviennent parfaitement encore les antiphlogistiques et les moyens débilitants. Chez ces malades, la réaction paraît avoir particulièrement pour siége le système circulatoire, et il semble qu'ils s'épuisent par une combustion lente à laquelle convient tout particulièrement le nom de *phthisie*.

Le second type est de nature *nerveuse* et présente plus d'une analogie avec la fièvre lente nerveuse d'Huxham. Chez ces malades, la peau est pâle, aride et brûlante; le pouls est rapide mais étroit; aucune congestion sanguine, aucune phlegmasie; les malades se

consument particulièrement dans une mobilité et une irritabilité nerveuses exagérées, et dans des alternatives d'excitation et d'affaiblissement général. Dans cet état, comme dans le précédent, on ne voit dominer aucun de ces phénomènes de colliquation ou d'épuisement par des pertes liquides que nous avons vus dans la forme passive et en quelque sorte lymphatique de la phthisie.

Tels sont les types les plus accusés que l'on rencontre habituellement dans la clinique. Types qui prédominent, suivant les cas, pendant toute la durée d'une phthsie, ou pendant certaines périodes de son évolution.

Il n'est pas besoin de longues réflexions pour voir qu'un traitement identique ne saurait convenir à ces diverses formes. Bien qu'au fond le point de départ soit le même, c'est-à-dire la matière tuberculeuse déposée dans le poumon, en réalité l'expression phénoménale est différente : c'est celle-ci qu'il faut particulièrement traiter, eût-on même des moyens spécifiques contre la nature de la maladie.

Or, si nous examinons attentivement les cas où l'on a fait usage du petit-lait dans la tuberculisation, nous voyons qu'il ne répond pas indifféremment à toutes les formes que nous venons de faire connaître ; il borne son action aux cas où il convient *d'affaiblir cette tendance réactionnaire de la circulation ou de l'innervation dont nous avons donné le tableau abrégé*. Les hyposthénisants ordinaires et les antiphlogistiques atteignent sans doute ce but, mais le petit-lait y conduit également, *sans affaiblir l'économie*. En posant la question en ces termes, nous croyons donner une idée claire de l'INDICATION de ce moyen thérapeutique.

Nous ne pourrions pas accorder de grands développements à cet exposé sans tomber dans la description des faits particuliers et c'est ce que nous ne devons pas faire ici, nous réservant de publier ultérieurement des observations à l'appui de ces généralités.

Qu'il nous suffise de dire que la phthisie *passive* (*atonique*), que celle des individus *lymphatiques*, que l'état de *colliquation*, se trouvent mal de l'usage du petit-lait, et qu'il est possible d'après cela de considérer ce médicament comme ayant une action jusqu'à un certain point débilitante. Rappelons que Beneke considère le petit-lait comme un moyen de nourrir les phthisiques, en diminuant la proportion d'azote contenue dans leur sang.

Mais, d'un autre côté, nous tirons également de l'observation des faits cet enseignement incontestable, que les phthisies, *hémoptoïque*, *active*, *floride*, à forme *sanguine* ou *nerveuse*, se trouvent admirablement bien de son emploi ; l'usage de ce médicament amène de la ma-

nière la plus évidente une sédation, une sorte de résolution de cet état réactionnaire général. Nous l'avons vu diminuer la fièvre, ramener le sommeil, calmer les diverses susceptibilités de l'estomac, supprimer ou amender la diarrhée. Ne répondrait-t-il pas à cette indication de diminuer la quantité des matériaux *azotés* du sang, évidemment exagérée chez les phthisiques (Beneke) ? Ne répondrait-il pas aussi à la nécessité de supprimer les matériaux d'inflammation, tout en fournissant aux malades des éléments de facile assimilation, puisque, en somme, les principes du petit-lait sont identiques à ceux de l'économie ?

Comme il est facile de le voir, l'indication de l'usage du médicament découle naturellement de l'observation des faits, pour ce qui est relatif à la phthisie pulmonaire. Nous aurions pu en dire autant à propos de la bronchite et des broncho-pneumonies chroniques. Au point de vue de ces trois affections, l'indication est précise, et, en la dégageant d'une manière claire, nous avons l'espoir que les praticiens auront moins d'hésitation que par le passé à tenter l'application de ce moyen thérapeutique, injustement oublié de nos jours dans la médecine française.

Sans doute aussi, dans des maladies tout à fait étrangères à la phthisie, cet agent pourra s'appliquer lorsqu'il se présentera des conditions semblables à celles que nous venons de faire connaître ci-dessus; mais nous ne croyons pas devoir insister maintenant sur ce point, vers lequel se dirigera tout naturellement l'esprit du lecteur.

Nous ne nous proposions pas d'autre but, dans cet exposé rapide, que de fixer l'attention sur un seul point de l'application de la cure par le petit-lait (*Molkencur*). Est-ce à dire pour cela que ce médicament n'en puisse pas avoir d'autres ? Nullement. Le petit-lait a été employé dans un très-grand nombre d'affections diverses par les médecins allemands; mais nous devons reconnaître que, dans cette variété d'applications, le but dans lequel il a été donné ne nous paraît pas parfaitement défini, que les indications auxquelles il peut répondre n'ont pas été posées assez nettement.

L'étude de l'action physiologique du petit-lait n'est pas encore faite; lorsqu'elle sera achevée, on y trouvera sans doute le point de départ d'applications nouvelles, différentes de celles que nous avons formulées à propos de la phthisie, et qui viendront ainsi agrandir la sphère d'action du médicament que nous proposons à l'étude des médecins français.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi du chloroforme comme moyen de rendre la version possible dans les cas de rétraction tétanique de l'utérus.

Par M. Chédevergne, interne des hôpitaux.

Quoique la découverte du chloroforme soit encore de date fort récente, ce précieux médicament est d'un usage journalier et l'un des plus employés de la thérapeutique.

Dès 1847, à peine était-il expérimenté depuis un an, on l'appliquait à l'art des accouchements : de nombreux essais étaient faits en Angleterre d'abord, puis en Allemagne et en France ; mais on ne put jamais se mettre d'accord quand il s'agit de déterminer quelle est son action réelle sur la contraction utérine. Ainsi, tandis que MM. Simpson, Dubois et Danyau pensaient que ces contractions conservent leur caractère normal, MM. Stoltz et Bouisson prétendaient qu'elles augmentent au commencement de l'éthérisation, et MM. Montgoméry, Houzelot, Scanzoni, etc., qu'elles sont ralenties et même suspendues.

On le voit, les trois opinions possibles sur la question étaient représentéos, et sous le patronage de noms justement célèbres. Il en est tout à fait de même aujourd'hui, et je ne crois pas qu'aucun des accoucheurs que je viens de citer ait rien changé à sa manière de voir.

Comme conséquence, certains auteurs affirment que les anesthésiques sont très-utiles pour pratiquer la version dans les cas de rétraction spasmodique de l'utérus (Denham, Braun, Meisinger), pendant que d'autres déclarent qu'ils sont inutiles (Stoltz) et même nuisibles (Murphy).

Je n'ai pas la prétention de juger le différend. Des faits nombreux peuvent seuls en préparer la solution ; chacun doit apporter les siens : c'est à ce titre que je publie aujourd'hui les quelques observations que je possède, et aussi pour appeler de nouveau l'attention sur un point de pratique dont personne ne méconnaîtra l'importance.

Dans les derniers mois de l'année 1861, étant alors interne à l'hôpital de Lariboisière, j'eus l'occasion d'y observer quatre présentations vicieuses et d'y pratiquer, avec mes collègues, la version, dans les circonstances les plus défavorables, c'est-à-dire dans des cas de rétraction tétanique de l'utérus. Cette opération était faite chez des femmes qui avaient déjà subi en ville de nombreuses manœuvres,

et qui nous arrivaient vingt-quatre ou quarante-huit heures après la rupture des membranes, exténuées de fatigue et de souffrances; aussi fut-elle toujours d'une exécution très-difficile. Pour les deux premières, le chloroforme ne fut pas employé; nous étions, en effet, peu tentés d'y avoir recours, car la lecture des auteurs nous en avait complétement détournés. Pour les deux dernières, au contraire, il fut mis en usage, et avec un plein succès. C'est que, dans l'intervalle, nous avions raconté les deux premiers faits à M. Voillemier, et toutes les difficultés éprouvées, et que ce savant professeur, se fondant sur sa pratique personnelle, nous avait affirmé que tous les obstacles par nous rencontrés auraient été facilement vaincus au moyen des anesthésiques. Le précepte fut en effet pleinement justifié : nous vîmes la contraction utérine, invincible d'abord, céder ensuite à nos efforts, et la version pratiquée sans peine.

Quoique les deux premiers faits n'aient pas trait directement à la question qui nous occupe, nous les publions néanmoins comme de beaux exemples de rétractions tétaniques de la matrice. C'est par eux que nous commençons.

Obs. I. *Troisième grossesse, à terme. — Liquide amniotique écoulé depuis vingt-quatre heures. — Présentation de l'épaule gauche, main gauche à la vulve. — Rétraction tétanique de l'utérus. — Le fœtus est extrait après cinq tentatives de version.* — Le 26 septembre 1861, nous sommes appelés au milieu de la nuit, MM. Beaumetz, Sergent, Servoin et moi, auprès d'une femme en travail, la nommée Isabelle X***, couchée au numéro 15 de la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Lariboisière.

La main gauche du fœtus pend à la vulve, violacée, beaucoup augmentée de volume, sa face palmaire tournée en avant. Les eaux sont écoulées depuis vingt-quatre heures.

La peau de l'abdomen est molle, flasque et sans tension; du reste, notre malade est à son troisième accouchement. A travers la paroi du ventre, qui est médiocrement volumineux, on sent un corps dur, inégal, présentant deux saillies, l'une située dans la fosse iliaque gauche, l'autre dans l'hypocondre droit; c'est que l'utérus est fortement contracté sur le fœtus et, pour ainsi dire, moulé sur lui. Nous n'entendons nulle part les bruits du cœur fœtal.

Il est de toute probabilité que la tête est dans la fosse iliaque gauche et les pieds en haut et à droite. Nous avons évidemment affaire à une présentation de l'épaule gauche, et le fœtus est vraisemblablement mort. La version doit être pratiquée et, de préférence, de la main gauche. L'interne de garde se met en devoir de l'exécuter, mais l'utérus est rétracté; la résistance est tellement grande, que la crainte de rompre la matrice l'empêche de pouvoir parvenir jusqu'aux pieds.

J'introduis la main à mon tour; je franchis avec peine le col; et

dès que j'ai pénétré dans la cavité utérine, je sens ma main appliquée avec force sur le corps du fœtus. Je rencontre la main droite, que je reconnais facilement, mais je ne puis saisir les pieds. Aucun de mes collègues n'est plus heureux. Cependant, sans perdre courage, je fais une nouvelle tentative, et, après des efforts longtemps soutenus, je finis par vaincre la contraction musculaire, saisir un pied et l'amener à la vulve. Un lacs est appliqué sur le membre, et l'accouchement est ensuite terminé heureusement par M. Beaumetz. L'enfant est mort. Les tentatives ont duré une heure.

28 septembre. La femme succombe deux jours après l'opération, avec des symptômes de métro-péritonite, et l'on trouve en effet à l'autopsie, le lendemain, les lésions ordinaires qui caractérisent cette maladie.

Obs. II. *Femme de trente-quatre ans; deuxième grossesse, à terme. — Eaux perdues depuis trente heures. — Présentation de l'épaule droite. — Main et avant-bras à la vulve. — L'accouchement n'a pu être terminé en ville par une sage-femme et un médecin. — Rétraction tétanique de l'utérus. — Six tentatives de version en trois heures. — Version impossible. — Opération césarienne.* — La nommée Joséphine B***, âgée de trente-quatre ans, entre, dans la soirée du 3 octobre 1861, à l'hôpital Lariboisière pour y accoucher. Elle est placée au numéro 12 de la salle Sainte-Anne.

Vers onze heures du soir, nous nous rendons auprès d'elle, MM. Servoin, Sergent, interne de garde, et moi. Elle nous apprend qu'elle est enceinte à terme; qu'elle a perdu les eaux depuis trente heures; qu'une sage-femme et un médecin de la ville ont déjà cherché à terminer l'accouchement, sans aucun résultat. Elle a beaucoup souffert; elle demande à être promptement délivrée; mais elle redoute l'opération; elle est pâle, exténuée de fatigue; son pouls est petit et rapide.

La main droite du fœtus est à la vulve; elle tombe librement, la face palmaire en arrière, le pouce tourné vers la cuisse gauche de la femme. Par le toucher, on reconnaît que le sommet de l'aisselle est dirigé vers la gauche de la femme : l'omoplate est en avant. Nous avons donc affaire à une présentation de l'épaule droite, dos en avant; la tête est dans la fosse iliaque gauche. On trouve, en effet, par le palper abdominal, dans cette région, une tumeur dure et arrondie. Le globe utérin est ferme et paraît fortement appliqué sur le fœtus; en aucun point du ventre, nous n'entendons les bruits du cœur fœtal.

L'interne de garde introduit immédiatement la main droite dans le vagin de la femme pour pratiquer la version ; il profite d'une apparente rémission des contractions; il franchit le col; mais il trouve l'utérus fortement rétracté, et la contraction redouble dès que la main touche la paroi utérine. L'opérateur rencontre une résistance insurmontable. Plusieurs tentatives sont faites successivement. Enfin, après de longs efforts, je finis par saisir le pied droit et l'amener dans le vagin, pas tout à fait à la vulve. Un lacs est appliqué sur le membre. Des tractions d'abord modérées, énergiques

ensuite, sont exercées sur lui, en même temps que la tête est repoussée en haut ; mais il nous est impossible de gagner un pouce de terrain. Nous allons alors à la recherche de l'autre pied : peine inutile, nous ne pouvons l'atteindre. Pendant toute la durée de cette opération, qui est de deux heures environ, il s'écoule à peine quelques gouttes de liquide amniotique.

Un chirurgien des hôpitaux est appelé pour terminer une si laborieuse parturition. Espérant trouver l'enfant vivant, il pratique l'opération césarienne : malheureusement, l'enfant avait cessé de vivre. La mère succomba le lendemain.

Nous voyons dans ces deux faits deux remarquables spécimens de rétraction tétanique de la matrice, de contraction invincible du muscle utérin. Nous trouvons ce dernier appliqué, moulé sur le fœtus, de sorte que la main ne peut les séparer pour cheminer entre eux. A chaque mouvement de cette main la contraction redouble, ou plutôt à la tension permanente de la paroi utérine qui subit sa rétraction physiologique, s'ajoute une contraction intermittente mais inépuisable provoquée par la douleur. Nous arrivons cependant à vaincre cette force musculaire. Nous parvenons à saisir un pied, et, dans le premier cas, l'accouchement est terminé immédiatement ; mais, dans le deuxième, quoique le pied soit dans notre main et presque à la vulve, il nous est impossible de faire basculer le fœtus. Il se trouve violemment étreint dans tous les sens et tellement emboîté, si je puis m'exprimer ainsi, qu'il reste immobile sous l'effort de nos tractions. Le laudanum avait déjà été administré en lavement avant l'entrée de la malade. Le chloroforme n'étant pas admis, il ne restait qu'à provoquer la syncope par une saignée, mais nous avons préféré avoir recours à une expérience plus étendue que la nôtre.

Obs. III. *Femme de trente-huit ans. — Luxation congénitale double des fémurs. — Troisième grossesse à terme. — Membranes rompues depuis douze heures. — Présentation de l'épaule gauche. — Main et avant-bras à la vulve. — Plusieurs essais de version ont été faits en ville par une sage-femme. — Rétraction spasmodique de la matrice. — Cinq tentatives pour saisir les pieds, sans résultat. — Administration du chloroforme. — Version facile.* — La nommée Muller, femme Goiseau, âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital Lariboisière le lundi 11 novembre 1861, à quatre heures du matin. Elle est placée au numéro 4 de la salle Sainte-Anne.

Vers six heures du matin, nous nous rendons auprès d'elle avec nos collègues, MM. Beaumetz, Servoin et Martineau, interne de garde. Nous apprenons de cette femme qu'elle a déjà eu deux enfants, qu'elle est enceinte à terme, qu'elle a commencé à éprouver des douleurs il y a vingt-quatre heures et que les eaux sont écoulées depuis douze heures, que plusieurs tentatives ont déjà été faites par une sage-femme pour terminer l'accouchement, mais sans aucun succès.

Au premier examen, nous apercevons une main qui pend à la vulve, librement, la paume tournée en avant, le pouce dirigé vers la cuisse gauche de la femme. Donc, l'épaule gauche se présente et le dos du fœtus est en arrière. L'examen ultérieur par le toucher confirme le diagnostic. Il faut faire la version.

Malheureusement tout nous fait présager qu'elle sera difficile à pratiquer.

Le ventre est médiocrement volumineux. A travers la paroi abdominale, nous sentons l'utérus dur et fortement contracté. La malade est pâle, fatiguée, son pouls est petit et fréquent. En outre, elle est affectée d'une infirmité ancienne, qui peut nous gêner beaucoup dans l'exécution de l'opération. Elle a une double luxation des fémurs avec semi-ankylose de la nouvelle articulation. Les mouvements y sont, en effet, très-limités ; l'abduction impossible, ou à peu près, car les genoux ne peuvent s'écarter que de 10 centimètres ; heureusement les cuisses sont fléchies sur le bassin. Elles font, en effet, avec l'axe du corps, un angle d'environ 130 degrés.

En face de toutes ces difficultés, l'un de nous n'hésite pas à proposer immédiatement le chloroforme, d'autant plus que la femme redoute beaucoup la douleur et demande à être endormie.

Cette proposition est cependant rejetée par excès de prudence. La malade est placée dans le décubitus latéral sur le côté gauche, les cuisses aussi fortement fléchies sur le bassin que le permet le peu de mobilité des pseudo-articulations coxo-fémorales ; puis la main est introduite dans le vagin, sans être sensiblement gênée par l'adduction des membres inférieurs. Cinq tentatives sont faites consécutivement et sans résultat, au milieu des cris et des efforts de la malade. Chaque fois le col est franchi sans trop de difficulté, puis la main chemine lentement et avec peine entre le corps du fœtus et la face interne de la matrice, qui est moulée sur lui ; elle arrive ainsi jusqu'au bord supérieur de l'os des îles de l'enfant, mais à ce niveau le bout des doigts est fortement étreint par une sorte d'anneau musculaire circulaire qui ferme définitivement le passage et qui semble diviser la cavité utérine en deux compartiments, l'un contenant la tête, les membres supérieurs et la plus grande partie du tronc du fœtus, l'autre, le bassin et les membres inférieurs. Ce dernier est impénétrable.

Au bout d'une heure d'essais infructueux, le chloroforme est administré, et, dès que la résolution des membres est arrivée, nous recommençons les manœuvres.

La main est introduite dans l'utérus facilement, mais non sans quelque résistance. L'anneau musculaire, dont nous avons parlé plus haut, existe encore, mais il est vaincu sans peine; les pieds sont saisis et la version exécutée sur-le-champ ; puis l'utérus revient sur lui-même, et la délivrance est faite sans accident.

L'enfant est mort, et probablement depuis quelques heures, car nous avons cherché à plusieurs reprises les bruits du cœur fœtal sans pouvoir les entendre. Pendant l'opération, il ne s'est pas écoulé de liquide amniotique.

Le 14 novembre, la malade succombe avec des symptômes de péritonite.

L'autopsie ne peut être faite.

Il est regrettable qu'on n'ait pu faire l'autopsie dans le cas précédent, car la conformation de la femme nous promettait plus d'un détail digne d'attention. Heureusement aucun de ces détails omis ne se rapporte à la question qui nous occupe.

Les infirmités de notre malade n'ont pas beaucoup gêné le manuel opératoire. Toute la difficulté est venue de la contraction tétanique de l'utérus. Cet accident pouvait, il me semble, être prévu avant de commencer la version, d'abord, parce que cette contracture est fréquente dans les présentations du tronc, vu l'écoulement rapide des eaux, quand on arrive longtemps après la rupture des membranes; ensuite, parce que l'application de la main sur le globe utérin permettait de reconnaître qu'il était pour ainsi dire moulé sur le fœtus, qu'il était dur et ferme comme un muscle fortement contracté.

Ces motifs, cependant, ne parurent pas suffisants pour employer *à priori* les anesthésiques.

Les premières tentatives de version furent faites méthodiquement et selon toutes les règles, cependant le résultat fut négatif. Elles furent nombreuses, trop peut-être, et ce n'est que lorsque l'impossibilité d'arriver jusqu'aux pieds du fœtus fut clairement prouvée à chacun, que le chloroforme fut administré. Ce retard nous a permis d'avoir l'épreuve et la contre-épreuve de l'action de l'agent anesthésique.

Dans cette deuxième phase de l'opération, pour ne pas nous exposer à réveiller cette terrible contraction utérine par des tâtonnements intempestifs, la main ne fut introduite dans le vagin que quand la résolution des muscles des membres fut à peu près complète. La main ne pénétra pas sans quelque résistance dans l'utérus, mais cette résistance fut vaincue facilement. La paroi utérine se laissait repousser sous l'effort, puis revenait dès que l'effort avait cessé, ce qui nous rassurait complétement contre la crainte de voir la matrice inerte après l'extraction du fœtus.

Au moyen des anesthésiques, dans ce cas extrême, la version ne présenta guère plus de difficulté que lorsqu'elle est pratiquée immédiatement après la rupture des membranes, c'est-à-dire dans les meilleures conditions possibles.

L'extraction faite, l'utérus se rétracta comme à l'ordinaire, et il n'y eut pas trace d'hémorrhagie.

Le chloroforme ne nous paraît donc pas avoir agi directement sur la contraction utérine, mais seulement sur la sensibilité générale : la douleur provoquée par l'introduction de la main dans la matrice n'étant plus perçue, n'est pas venue réveiller la contractilité, qui, manquant de cet aiguillon puissant, a continué à exercer paisiblement son action comme à l'état normal ; la douleur n'excitant plus la femme à faire des efforts comme pendant la veille, la force déployée par l'utérus est restée à peu près uniforme.

Il a été souvent question, dans les cas de cette espèce, de l'action des muscles abdominaux comme cause des difficultés de la version. Nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir doute ici, et nous croyons fermement que l'obstacle tout entier était le tétanos de l'utérus. Tous ceux qui ont mis la main dans la matrice et qui ont ressenti cette énergique étreinte concentrique en ont acquis la conviction, j'allais dire la certitude.

Obs. IV. *Femme de vingt-deux ans. — Deuxième grossesse à terme. — Poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures. — Présentation du sommet avec procidence du pied droit. — Tractions sur le membre. — Recherches du second pied. — Rétraction tétanique de l'utérus. — Extraction impossible. — Chloroformisation. — Terminaison de l'accouchement.* — Célina F***, vingt-deux ans, numéro 10, salle Sainte-Anne, à l'hôpital Lariboisière. Entrée le 3 décembre 1861.

Cinq ou six heures après son arrivée, vers dix heures du soir, je vois cette jeune fille avec mon collègue Négrié, qui l'a déjà examinée. Elle est enceinte pour la deuxième fois. Son premier accouchement a été heureux. Elle éprouve des douleurs depuis trois jours. Il y a quarante-huit heures que les membranes sont rompues. Les bruits du cœur du fœtus, que M. Négrié a entendus encore il y a quatre heures, ne sont plus perceptibles en aucun point du ventre de la mère.

En introduisant le doigt dans le vagin, nous rencontrons le pied droit de l'enfant, aussi croyons-nous tout d'abord avoir affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne ; mais nous ne tardons pas à reconnaître la présence du sommet au détroit supérieur, qui n'est débordé qu'en partie ; l'occiput est à droite vers la fosse iliaque droite.

Il s'agit donc d'une présentation du sommet avec procidence d'un pied. Malgré la longueur du travail, les contractions utérines ne sont pas ralenties, la matrice est ferme et paraît fortement rétractée sur le fœtus.

Nous cherchons d'abord à ramener l'occiput derrière la symphyse ; mais ne pouvant y réussir à cause de la résistance de l'utérus, nous essayons de terminer la version commencée par la nature, en tirant avec force sur le pied. Tentative inutile, le fœtus reste immobile dans sa position ; alors nous allons à la recherche de l'autre pied,

mais les contractions utérines sont continues et fort énergiques; la matrice est si bien appliquée sur le corps du fœtus, que nous ne pouvons pénétrer dans la cavité plus de trois pouces au-dessus du col utérin, qui est parfaitement dilaté.

Après trois essais infructueux, le chloroforme est administré, et, dès que l'insensibilité est complète, la main est introduite de nouveau; les difficultés s'évanouissent; — non pas que les parois utérines soient flasques et sans résistance, mais cette résistance, qui tient à la tonicité de l'organe, si je puis ainsi dire, est facilement vaincue et cède à la main qui presse de dedans en dehors. Le pied gauche est saisi, amené à la vulve à côté du pied droit; le tronc est dégagé et les bras sortent à leur tour; l'occiput est derrière la symphyse. A ce moment, la femme commence à crier et à sentir. Nous sommes obligés d'introduire deux doigts sur les côtés du nez, puis dans la bouche, pour amener la tête au dehors, car elle est légèrement étendue, puis tout se termine régulièrement; malheureusement l'enfant a cessé de vivre, comme nous l'avions prévu avant de commencer l'opération. Il est bouffi et violacé; la mort ne paraît pas remonter au delà de quelques heures.

4 décembre 1861. La malade éprouve quelques douleurs dans le ventre; l'utérus est bien rétracté; pas de vomissement; un peu de fièvre.

6 décembre. Le mouvement fébrile diminue ainsi que les douleurs.

12 décembre. La malade sort en bon état. Nous la voyons dix jours après parfaitement guérie.

Cette observation présente, comme on le voit facilement, beaucoup de points de ressemblance avec la précédente, au point de vue du moins des effets du chloroforme; aussi ne répéterai-je pas la plupart des remarques qui suivent cette dernière et qui lui sont applicables. Mais il existe aussi quelques différences qui méritent d'attirer un instant l'attention: il ne s'agissait pas, en effet, d'une présentation de l'épaule; c'était la procidence d'un pied qui nous avait amenés à terminer la version pelvienne déjà commencée par la nature. La première partie de l'opération, qui est souvent la plus difficile, se trouvait effectuée, puisque l'un des pieds était dans le vagin; et cependant, si énergique était la contraction utérine, que nous n'avons pu extraire le fœtus, qu'il nous a été impossible de lui faire exécuter un mouvement. Si l'on veut se reporter à notre deuxième observation, on verra que la situation était absolument la même que dans cette dernière, lorsqu'il a fallu, en désespoir de cause, avoir recours à une opération sanglante. Quelle différence dans les moyens, aussi bien que dans les résultats!

Dans les deux cas, le pied du fœtus était dans le vagin; dans les deux cas, nos efforts étaient devenus inutiles; nous n'avions donc

plus qu'à choisir, dans le second comme dans le premier, entre l'opération césarienne et l'embryotomie; mais heureusement nous étions déjà instruits par l'expérience : le chloroforme fut administré et la résistance du muscle utérin fut non pas paralysée, mais fort diminuée.

La chloroformisation n'a pas été poussée au delà de l'anesthésie complète. Ce degré nous a suffi; cependant, nous croyons qu'on aurait dû prolonger un peu plus le sommeil, car la femme commençait à sentir avant que l'opération fût complétement terminée.

Cette fois, le chloroforme fut mis en usage plus vite que dans le premier cas; aussi l'issue de l'accouchement a-t-elle été meilleure, puisque la malade a été parfaitement guérie.

En résumé, voici deux observations qui nous semblent prouver que, dans certains cas au moins, les manœuvres obstétricales peuvent être singulièrement facilitées par l'emploi du chloroforme, puisque nous venons de voir deux versions, impossibles à faire auparavant, devenir faciles avec son aide. Mais je regrette de ne pas avoir à ma disposition un plus grand nombre de faits. Je préfère cependant m'en tenir à ces deux seuls, que j'ai observés moi-même, dont j'ai eu sous les yeux les moindres détails, que de rapporter des observations semblables plus nombreuses, mais fort incomplètes et rédigées de mémoire, qu'on a eu l'obligeance de m'offrir. En face des résultats si différents obtenus par certains accoucheurs distingués, je craindrais réellement d'être tombé sur des faits exceptionnels, si je n'entendais dire de plusieurs côtés à la fois qu'ils rentrent, au contraire, dans la règle la plus générale. Il semble qu'on soit revenu du jugement qu'on avait porté tout d'abord contre l'usage des anesthésiques dans les rétractions tétaniques de l'utérus. On m'affirme même qu'à la maison d'accouchement de la rue de Port-Royal, on en a obtenu dans des cas pareils des effets merveilleux. Je n'ai rien pu recueillir de plus précis ni de plus probant : la Maternité est impénétrable. Mais il ne me paraît pas douteux qu'il ne se soit fait dans ces derniers temps un progrès notable en faveur d'une opinion à laquelle diverses publications d'auteurs fort recommandables étaient généralement opposées.

Ainsi M. Blot dit, dans une excellente thèse de concours, qu'il n'a jamais vu de modifications dans la rétraction tétanique spasmodique de l'utérus par l'anesthésie complète, et qu'il a fallu en dernier ressort avoir recours à l'embryotomie.

En 1847, M. Stoltz publia une longue observation, dans laquelle il déclare que « l'éthérisation ne fait pas cesser la résistance que la

matrice oppose à l'introduction de la main dans sa cavité et ne facilite ni la version ni l'extraction du fœtus. » (*Archives gén.*, 1847.)

M. Murphy affirme n'avoir jamais rencontré tant de difficulté en pratiquant une version que dans un cas où la femme était complétement endormie.

Il est vrai que, d'un autre côté, le docteur Denham rapporte que l'usage du chloroforme lui fut très-utile dans douze cas de version, mais surtout dans deux où n'ayant pu introduire la main dans l'utérus avant l'anesthésie, il put ensuite facilement pratiquer la version dès que la malade fut endormie.

Braun et Meisinger citent chacun deux faits tout à fait semblables, c'est-à-dire, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, que, n'ayant pu auparavant faire pénétrer la main dans la cavité utérine, ces deux accoucheurs firent ensuite facilement la version quand l'anesthésie fut produite.

Ces dernières observations, qui ressemblent beaucoup aux nôtres, nous paraissent avoir une certaine importance, parce qu'elles renferment l'épreuve et la contre-épreuve de l'action du chloroforme.

Cependant M. Cazeaux, parlant de cas pareils, déclare qu'il est probable qu'on a eu affaire à de simples coïncidences; voici ses propres paroles : « Dans les cas où l'emploi du chloroforme a été suivi d'une détente dans la rétraction de l'utérus, est-on bien sûr que ce relâchement de l'organe, qui survient spontanément et tout à coup, ne fût pas une simple coïncidence? On est un peu disposé à le croire, quand on se rappelle les faits dans lesquels il n'a produit aucun résultat. »

Je ne sais si je me fais illusion, mais il me semble que cette explication est un peu trop facile, et je ne crois pas mériter d'être taxé d'exagération en disant qu'il y a probablement autre chose qu'une relation de simple coïncidence entre la détente de l'utérus et la chloroformisation, surtout si l'on veut bien remarquer que cette détente *spontanée* n'a eu lieu qu'après cinq ou six tentatives faites par des personnes déjà habituées aux opérations obstétricales et ne manquant pas d'une certaine énergie musculaire.

On ne nous objectera pas, j'espère, que nous n'avons pas eu affaire à de véritables rétractions tétaniques, car il suffira de lire nos observations pour voir que tous les signes et les causes de cet accident existaient. A ceux qui seraient plus sévères, nous répondrons simplement : que le chloroforme nous a permis de pratiquer des versions rendues impossibles jusque-là par une contraction interne invincible, la seule chose que nous ayons la prétention de

démontrer. Il n'entre pas, en effet, dans notre pensée l'intention de dire qu'il en est toujours ainsi, puisque nous avons devant les yeux les observations de MM. Stoltz et Murphy, etc. Nous vénérons trop nos maîtres pour avoir seulement l'idée de les critiquer. Nous pourrions tout au plus chercher à soulever la question de fréquence, pour savoir si le chloroforme réussit plus souvent qu'il n'échoue. Malheureusement cette question de statistique ne peut encore être résolue; nous avouerons pourtant, après l'examen des faits, que nous inclinons à penser que son intervention dans les rétractions tétaniques est plus souvent utile que sans résultat. Je ne parle pas d'effets nuisibles, quoique quelques auteurs soient allés jusqu'à lui reprocher un surcroît de difficulté, c'est se laisser entraîner bien loin. Cette accusation ne me paraît pas, en effet, fondée sur des arguments irrésistibles. Dans les observations contradictoires dont nous parlions tout à l'heure, par exemple, l'éther a été employé *à priori*, et la version fut faite pendant l'éthérisation; on ne sait donc pas quelles auraient été les difficultés si les malades n'avaient pas été endormies; on peut tout au plus conclure que l'anesthésique ne les a pas diminuées; en disant davantage, on s'exposerait à être injuste envers un précieux médicament.

Il ne faudrait pas du reste traiter cette question à la légère, car la perspective qui attend les malheureuses femmes de la catégorie de celles dont nous avons rapporté l'observation n'est pas brillante. Il n'y avait à opter pour elles qu'entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Il est inutile d'ajouter que si les deux êtres en cause ne sont pas alors voués fatalement à la mort, il y en a au moins un de sacrifié, et la vie de l'autre est souvent compromise. Cette alternative donne singulièrement à réfléchir, et, pour l'éviter, je serais disposé à pousser le sommeil chloroformique assez loin.

Est-il nécessaire pourtant de le pousser au delà des limites de la prudence? Je ne le crois pas. Mais, avant de motiver cette opinion, voyons brièvement ce que pensent les auteurs de l'action du chloroforme sur la contraction utérine. Je trouve le résumé de leurs diverses manières de voir dans la thèse de M. Blot.

MM. Simpson, Dubois, Danyau, Stoltz, pensent que les contractions utérines conservent généralement leur caractère normal, à quelques rares exceptions près, et MM. Stoltz et Bouisson, qu'elles augmentent au commencement de l'éthérisation; MM. Montgomery, Houzelot, Scanzoni et Denham croient que les contractions sont ralenties et même quelquefois suspendues; et M. Braun, que ce ralentissement a seulement lieu dans les vingt premières minutes.

Presque tous les auteurs admettent que l'action stupéfiante est plus marquée pendant la première que pendant la deuxième période, même dans la rétraction utérine.

D'après Murphy, la cessation des fonctions vitales se fait ainsi :

1° Perte du sentiment ; 2° perte partielle du mouvement volontaire ; 3° de la connaissance ; 4° perte complète du mouvement volontaire ; 5° respiration stertoreuse ; 6° cessation des mouvements involontaires ; 7° cessation d'action de l'utérus, des poumons et du cœur.

Je ne me charge pas d'expliquer les divergences qui existent dans les opinions des auteurs. Tout ce que je puis dire, c'est que, dans les deux cas où nous avons employé les anesthésiques, la chloroformisation fut poussée, la première fois, jusqu'à la résolution des muscles volontaires, et la deuxième, jusqu'à la perte du sentiment et de la connaissance. Les contractions qui avaient mis d'abord un obstacle insurmontable à l'introduction de la main, ont ensuite assez diminué d'intensité pour rendre cette introduction facile. La version fut effectuée moins de vingt minutes après les premières inhalations ; et, l'extraction du fœtus exécutée, la rétraction de la matrice se fit comme à l'état normal.

En réfléchissant sur ce que nous avons vu, en pesant les diverses circonstances qui se sont déroulées sous nos yeux, nous croyons rester dans la stricte appréciation des faits soumis à notre examen, en disant que ce ralentissement et cette diminution de l'énergie des contractions utérines résultent de l'abolition de la douleur. La douleur, en effet, naissant à chaque mouvement de la main pendant l'état de veille, active la contraction de la matrice ; pendant le sommeil, pendant l'insensibilité, la douleur disparaît, c'est un excitant de moins. Il ne nous a pas été difficile de remarquer dans les quatre cas que nous avons sous les yeux, qu'à la tension permanente de l'utérus, il s'ajoutait une contraction énergique dès que nous faisions un mouvement ; il y avait une espèce d'effort musculaire ; il s'établissait une lutte dans laquelle le muscle utérin nous disputait le terrain millimètre à millimètre. C'est en luttant ainsi pas à pas que nous avons fini, dans le premier cas, par vaincre l'utérus. Dans les autres, il a été plus fort que nous ; mais l'anesthésie chloroformique, en supprimant cet effort utérin, nous a permis d'arriver à notre but.

Lorsque le travail commence, l'utérus se contracte, le col se dilate, puis la poche des eaux se forme. A mesure qu'elle fait saillie au dehors, la cavité utérine diminue de capacité. Une fois les eaux

de l'amnios écoulées, et elles s'écoulent vite dans les présentations vicieuses, la rétraction continue et la paroi de la matrice s'applique d'autant plus exactement sur le fœtus qu'il reste moins de liquide dans l'intérieur ; si tout a disparu, il n'y a plus d'intermédiaire et l'étreinte est directe. Mais à cette rétraction normale, que nous pouvons considérer comme une contraction tonique permanente, s'en ajoute une autre essentiellement active et intermittente, mais reprenant à intervalles inégaux et quelquefois si courts, qu'elle peut paraître alors presque continue, puisqu'elle renaît dès qu'elle a cessé, comme cela se voit lorsqu'une cause irritante la stimule et la ranime. Si le fœtus se présente bien, elle l'expulse ; sinon elle lutte inutilement, mais elle ne s'épuise pas d'ordinaire : que l'on introduise la main pour extraire le fœtus que la contraction a été inhabile à rejeter au dehors, sous l'influence de l'irritation produite par ce corps étranger, l'énergie de cette contraction s'accroît, elle se renouvelle à chaque mouvement de la main et elle peut être invincible. D'un autre côté, la rétraction devient d'autant plus difficile à combattre qu'elle existe depuis plus longtemps, dans de certaines limites du moins. Mais le principal obstacle nous a paru tenir à cette contraction intermittente ; c'est sur elle seulement que le chloroforme administré prudemment a de la prise d'une façon indirecte ; celle-ci, en effet, renaît et s'irrite sous l'influence de la douleur ; en supprimant la douleur, nous l'avons supprimée du même coup ou du moins fort atténuée.

L'utérus, dans les cas malheureux semblables à ceux que nous avons rapportés, se trouve, si l'on veut bien nous permettre de nous exprimer ainsi, dans une sorte de cercle vicieux. Il se contracte tétaniquement parce qu'il souffre, et il souffre parce qu'il se contracte ; si nous enlevons la souffrance, nous enlèverons en même temps le tétanos, c'est-à-dire les contractions anomales, et il ne restera que la rétraction physiologique, qui sera plus facile à combattre.

Il ne me reste plus qu'à ajouter quelques mots qui pourront servir de conclusion à tout ce que je viens de dire :

Tous les cas dans lesquels on a à pratiquer la version doivent être séparés en deux catégories distinctes : 1° les membranes ne sont pas rompues, ou elles le sont depuis peu, et la plus grande partie des eaux de l'amnios est encore dans l'utérus ; 2° les membranes sont rompues depuis longtemps, douze, quinze, vingt-quatre heures et plus ; les eaux se sont écoulées abondamment, peut-être complétement.

Dans le premier cas, la version sera en général facile, et les

anesthésiques ne pourront guère être utiles que pour épargner des souffrances à la femme, ce qui mérite déjà une certaine attention ; pourtant la manœuvre sera simplifiée par suite de l'immobilité de la malade. On n'oubliera pas, d'ailleurs, qu'il arrive quelquefois que, l'opération commencée, le liquide amniotique s'écoule vite, l'utérus se contracte avec violence, la main est étreinte vigoureusement ; on ne peut atteindre les pieds, et l'on perd ainsi tout d'un coup l'avantage d'être arrivé tôt. Dans le deuxième cas, nous n'hésiterions pas à administrer le chloroforme immédiatement, surtout s'il y avait déjà eu des tentatives antérieures, comme dans les faits que nous avons vus, si la femme était exténuée de fatigue, le ventre diminué de volume, l'utérus dur et moulé sur le fœtus, le bras pendant à la vulve, violacé et beaucoup augmenté; tous signes qui indiquent que l'utérus est fortement contracté, et que la main aura à vaincre une vigoureuse résistance pour arriver jusqu'aux pieds du fœtus.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Liqueur de Villate contre la carie et les fistules consécutives aux abcès froids.

Un chirurgien distingué de province, M. le docteur Notta, vient d'appeler l'attention de ses confrères sur les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de la carie et des fistules consécutives aux abcès froids, à l'aide d'une mixture escarrotique employée dans les mêmes circonstances par la médecine vétérinaire. Les premiers essais, dont nous avons été témoin dans le service de M. Broca à la Salpêtrière, et les faits produits par M. Notta, nous engagent à enregistrer cette formule, qui est due à un vétérinaire distingué, M. Villate.

Pr. Sous-acétate de plomb liquide	30	grammes.
Sulfate de cuivre cristallisé	15	—
Sulfate de zinc cristallisé	15	—
Vinaigre blanc	200	—

Après avoir dissous les sels dans le vinaigre, on ajoute peu à peu le sous-acétate de plomb et on agite le mélange. Il se forme des acétates de zinc et de cuivre et du sulfate de plomb, qui se précipite. Il y a en plus excès de vinaigre, du sulfate de zinc et du sulfate de cuivre. Il faut agiter cette liqueur avant de s'en servir.

Ce médicament hâte l'exfoliation des parties nécrosées ou cariées, donne un plus bel aspect aux surfaces livides et blafardes, et tend à tarir certaines exhalaisons morbides comme celles qui, chez les chevaux, accompagnent les eaux-aux-jambes.

Conserve ténifuge aux semences de citrouille.

Les fortes chaleurs de l'été ne permettent pas toujours de garder une émulsion de semences de citrouille au delà de dix à douze heures, sans qu'elle s'altère; c'est donc, pour les malades qui n'ont pas la facilité de la faire préparer dans leur localité, un obstacle à son emploi.

On peut obvier à cet inconvénient en prescrivant au pharmacien de ne délivrer les semences qu'à l'état de pulpe, qu'il renfermera dans un pot ou dans un flacon en verre à large ouverture et pouvant se fermer avec un bouchon de liége, le médecin se réservant de dire au malade que cette pulpe sera délayée dans une quantité d'eau froide déterminée, lorsqu'on voudra l'avaler.

Nous proposons de préparer cette pulpe de la manière suivante :

Pr.	Semences de citrouilles mondées........	60 grammes.
	Sucre entier...........................	20 —

On pile le sucre et les semences, de manière à en faire une pâte très-fine et homogène. L'addition du sucre permet la division des semences, tout en formant un oléo-saccharum très-miscible à l'eau.

Nous avons souvent été à même de reconnaître que le médecin a perdu de son prestige scientifique du jour où il n'a plus formulé en latin, et qu'il a cessé d'employer dans ses prescriptions les signes pondériques conventionnels d'autrefois, pour se servir de chiffres connus. Sans vouloir faire revenir les praticiens à des habitudes perdues, nous leur conseillerons de prescrire la préparation ci-dessus sous la dénomination de *conserve ténifuge de semences de pepo maxima*.

STAN. MARTIN.

Mellite au safran contre le prurit et les douleurs de la première dentition.

J'ai lu, dans la livraison du 15 octobre 1862 de votre *Bulletin*, une formule que vous proposez contre les douleurs et le prurit des gencives pendant le travail de la première dentition, et dans laquelle se trouve de la teinture de safran; dans la livraison du 28 février 1863 de votre journal, vous faites connaître la formule de M. Delabarre, où ce médicament figure aussi, ainsi qu'il est facile de s'en assurer à l'odeur particulière qu'exhale ce sirop de *dentition :* avant la publication que vous en avez faite, j'ignorais sa composition; mais connaissant les propriétés sédatives reconnues au safran depuis les temps les plus reculés, ayant vu au Brésil plusieurs de nos confrères recommander ce médicament dans le cas dont il s'agit, j'ai eu recours depuis plus de quinze ans au safran pour

calmer les douleurs parfois si vives qu'occasionne la première évolution dentaire. Voici de quelle manière je l'emploie :

Pr.	Miel blanc...........................	10 grammes.
	Safran	25 à 50 centigrammes.

Le miel, compacte en hiver, est liquéfié au bain-marie ; quand il est suffisamment liquide, on y incorpore le safran en brassant rapidement le mélange.

Cette préparation se fait très-facilement dans les familles, et a le grand avantage de ne coûter que quelques centimes. Elle calme les douleurs des gencives, et s'applique à l'aide d'un pinceau en fil, ou avec un nouet fait avec du linge usé.

J'ai voulu, mon très-cher confrère, vous faire connaître cette formule, pour servir de complément aux notes que vous avez publiées dans votre journal. A. Barrallier,

Professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Tétanos spontané. — Traitement par l'opium à haute dose. — Guérison.

J'ai l'honneur de vous adresser une nouvelle observation de guérison de tétanos obtenue par l'administration de l'opium à haute dose. Elle peut servir, je crois, à corroborer l'opinion plusieurs fois émise sur ce sujet dans votre excellent recueil. Si donc vous en jugez la publication utile, veuillez lui accorder l'hospitalité.

J'espère bien, d'ailleurs, que, placé à l'île Bourbon sur un champ d'observation assez peu exploré, ce ne sera pas pour moi la dernière occasion de vous seconder, pour peu que, comme l'a dit M. Dutroulau, vous n'ayez pas, « vu la difficulté de contrôler les faits et la doctrine qui arrivent des pays éloignés, l'esprit médical trop enclin à vous défier de tout ce qui n'a pas passé au creuset de l'observation de notre métropole scientifique. » Cela n'est pas toujours un tort ; cependant, ne se peut-il admettre que, même aux antipodes, quelques-uns au moins soient dignes d'un certain crédit ? C'est devant mon cher maître M. Grisolle que j'aimerais, pour ma part, à vous poser cette question.

Ce préambule posé, j'entre en matière.

J'avais, l'année dernière, essayé en vain les injections hypodermiques de sulfate d'atropine sur deux jeunes Cafres atteints de tétanos traumatique (après l'amputation de la jambe au lieu d'élec-

tion, dans l'un et l'autre cas). Je leur vidai, matin et soir, la seringue de Pravaz chargée d'une solution au centième de sulfate d'atropine, sous la peau de la nuque, et bien que les effets physiologiques aient été extrêmement prononcés, je n'en obtins aucune amélioration.

Je lus peu après, dans la livraison du 15 janvier 1861 du *Bulletin de Thérapeutique* les observations recueillies dans le service de mon honoré maître, M. Grisolle, de deux cas de tétanos traités avec succès par l'opium, et je me promis d'avoir recours, à la première occasion, à ce médicament trop oublié dans le traitement de cette redoutable névrose, et de l'administrer à dose suffisante, à l'exemple de Monro et de tant d'autres.

Je venais encore de lire dans le *Bulletin* (février 1862) le résumé d'une nouvelle observation de guérison obtenue par le même moyen, quand l'occasion attendue se présenta à moi.

Le 22 octobre 1862, je fus appelé sur une *habitation* pour un Indien atteint de tétanos.

Homme de cinquante ans, grand, maigre, constitution sèche, tempérament nerveux. Il est gardien de champs de cannes, et couche dans une petite case en paille, non parquetée, et sur le sol nu, à la façon de tous les Indiens.

La case est située sur le bord d'un ruisseau dans un endroit humide. Cet homme a été dans sa jeunesse atteint de trismus; la maladie s'est terminée par la guérison après trois semaines.

Il y a quatre jours, il s'était couché bien portant; le vent fut assez fort pendant la nuit. Il se réveilla le matin avec de la céphalalgie, douleur et contracture des muscles masticateurs, roideur du cou, douleurs vives dans les membres et les parois abdominales, beaucoup de difficulté à se mouvoir.

Il fut transporté à l'hôpital, où je le trouvai dans l'état suivant:

Pouls normal; pas de chaleur à la peau; facultés intellectuelles intactes; contraction des muscles élévateurs de la mâchoire, permettant à peine d'apercevoir le bout de la langue, malgré les efforts du malade pour ouvrir la bouche; cou roide, mais pouvant néanmoins exécuter péniblement quelques mouvements peu étendus; face grimaçante; muscles abdominaux et thoraciques inférieurs douloureux et contractés, au point de donner au ventre et à la région des dernières fausses côtes la consistance du bois; membres inférieurs un peu roides; les supérieurs intacts; aucune lésion traumatique. (Frictions sur les parties convulsées avec liniment d'extrait de belladone et de chloroforme; cataplasmes. Extrait thé-

baïque, 75 centigrammes, en 20 pilules, une toutes les heures; bouillon).

Le 23. Même état; constipation. (Ext. théb., 90 centigrammes; lavement, miel de mercuriale, 100 grammes.)

Le 24. Pas d'amélioration; la roideur des membres inférieurs augmente. (Ext. théb., 1gr,20.)

Le 25. Un peu de sommeil la nuit; pupilles très-dilatées (les frictions de belladone et chloroforme étant toujours continuées). Les membres inférieurs sont devenus complétement rigides; les supérieurs douloureux; le trismus augmente; constipation. (Ext. théb., 1gr,50; lavement, sulfate de soude, 30 grammes.)

Le 26. Aucun changement dans l'état du malade; une selle; respiration très-gênée. (Ext. théb., 1gr,75.)

Le 27. Le trismus diminue un peu. (Ext. théb., 2 grammes.)

Le 28. Les muscles du cou se relâchent sensiblement; mais la contracture des muscles thoraciques et abdominaux persiste, et la respiration est très-difficile. (Ext. théb., 2gr,50; lavement purgatif.)

Le 29. La convulsion des muscles des membres inférieurs est moins forte; une selle. (Ext. théb., 2gr,75.) Le chloroforme du liniment ayant excorié la peau, je substitue à celui-ci de la teinture de belladone pure.

Le 30. Le trismus et la convulsion des muscles du cou, du tronc et des membres inférieurs ont repris tout à coup une grande intensité. On soulève le malade tout d'une pièce, comme une statue; il se tient debout sur l'extrémité des orteils. (Ext. théb., 3 grammes.)

Le 31. Un peu de relâchement dans la tension des muscles des membres pelviens. Le trismus diminue également et permet, ainsi que cela a eu lieu depuis le commencement, de faire prendre au malade ses pilules et du bouillon. Constipation, dont les lavements purgatifs ne triomphent plus. Je prescris: huile de ricin, 20 grammes; huile de *jatropha curcas*, 20 gouttes; mêlez. Une selle le soir. (Ext. théb., même dose.)

1er novembre. La convulsion tétanique a diminué encore; rêvasseries, peu de sommeil. (Ext. théb., *ut suprà*. Riz à l'eau pour nourriture.)

2. Amélioration sensible. Le malade réussit à parler de façon à pouvoir être compris. (Purgatif: huile de ricin, 20 grammes; huile de jatropha curcas, 2 grammes; mêlez. — Ext. théb., 2gr,75.)

4. Les jambes sont redevenues souples; encore un peu de trismus; la tension des muscles abdominaux persiste. (Ext. théb., 2gr,50.)

5. Le malade réussit à s'asseoir sur son lit. (Ext. théb., 2 grammes.)

6. (Ext. théb., 1gr,50.)

7. Le malade réussit à se lever et à se tenir debout. Contraction persistante des membres abdominaux. (Ext. théb., 1 gramme.)

10. Suppression de l'opium. Constipation opiniâtre. (Huile de ricin, 20 grammes, de jatropha, 4 grammes.)

24. Le malade est guéri ; il se promène dehors ; mais les parois abdominales gardent encore une certaine dureté.

Il importe de noter ici les phénomènes suivants, que je n'ai pas relatés jour par jour dans l'observation ci-dessus.

Le pouls, normal au début, s'est accéléré graduellement, depuis le 29 octobre, jusqu'à la fin de la maladie ; mais la peau n'a jamais été chaude.

Le malade a conservé de l'appétit tout le temps, et, dès qu'il a pu ouvrir assez la bouche pour ne plus se borner au bouillon, il s'est mis à manger à chaque repas un demi-kilogramme de riz.

Malgré la quantité considérable d'opium ingérée par le malade, les pupilles, sous l'influence de la belladone employée à haute dose en frictions, étaient dans un état de dilatation permanente.

Dr Jacob de Cordemoy,
Licencié ès sciences de la Faculté de Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai critique et théorique de philosophie médicale, par S. P., avec cette épigraphe : « Non quantùm theoria, sed quantùm falsa nocet (Stahl). Quod optimus medicus sit quoque philosophus » (Galien).

Si quelqu'un doutait, avec l'honorable M. Roche, que la philosophie médicale ne fût autre chose qu'un mot, nous lui conseillerions de lire pour son édification le livre dont nous allons très-succinctement parler. M. S. P., qu'une excessive modestie a porté à cacher son nom sous le voile de simples initiales, en traitant, dans un ouvrage consciencieusement élaboré, les questions capitales qui se rattachent, dans l'esprit de ceux-là même qui la nient, à la philosophie médicale, M. S. P. a montré qu'il sait ce que c'est qu'une science, et à quelles conditions elle existe. Assurément, dans ce vaste tableau de la nature, qu'il s'agit de connaître avant de l'interpréter, nous sommes loin encore de connaître tous les phénomènes par lesquels se traduit la vie normale ou pathologique; mais même en cette ignorance nécessaire et avant que la science l'ait fait disparaître, nous sommes invinciblement tourmentés du

besoin d'aller derrière ces phénomènes, pour en saisir la cause, pour pénétrer la raison de leur succession, où, quoi qu'on en dise, l'esprit humain ne s'arrêtera point. Cet instinct de l'esprit qui se manifeste à tous les âges de la science, et qui, pour nous borner à la médecine, a conduit à tant de théories prématurées et fausses, trouve sa justification dans ces tentatives mêmes, et s'y prouve au moins comme tendance invincible, comme aspiration inévitable. L'heure est-elle enfin venue de poser, dans une synthèse définitive, les principes de cette théorie jusque-là si vainement cherchée, et M. S. P. aura-t-il l'insigne honneur de réaliser, au moins en partie, cette ambitieuse aspiration de la science ? Lui-même est trop modeste pour se bercer de cette illusion, comment pourrions-nous avoir cette espérance ? Mais si cet auteur modeste n'affiche nulle part une telle prétention, et s'il se présente humblement comme un simple pionnier dans cette carrière ardue, hâtons-nous de le dire, nul ne s'y est au moins présenté armé de connaissances plus solides, et parlant mieux que lui le langage de la science philosophique.

Déjà en rendant compte d'un ouvrage de M. Delioux se proposant le même but, nous avons fait ressortir la compétence du professeur distingué de Toulon à traiter le côté purement philosophique des nombreuses questions qu'il a successivement abordées ; nous rendrons tout d'abord la même justice à M. S. P. Nous ne croyons pas que dans ce livre, si remarquable par l'esprit critique, il y ait une seule lacune en ce qui touche aux tentatives philosophiques les plus hautes et les plus ambitieuses : elles ne s'y produisent pas sans doute avec tous les développements qu'exigerait une critique *ex professo*, mais l'auteur parle le langage de ces philosophies avec une netteté et une facilité qui démontrent qu'il s'en est assimilé et les principes et les méthodes. Nous ne ferons qu'une seule exception à cet égard, c'est ce qu'il dit de M. E. Renan : Il n'a point été assez avant dans ce puits de science, il n'a point saisi tout ce qu'il y a de profond dans cette incomparable finesse d'esprit, dans cette sagacité qui illumine d'une clarté effrayante tous les problèmes qu'elle aborde.

Ce n'est point assurément ici le lieu de suivre M. S. P. dans les routes ardues qu'il parcourt, pour arriver à la solution des questions fondamentales qu'implique l'étude de la vie normale ou pathologique ; nous nous contenterons de dire qu'à cet égard l'auteur n'hésite point à se poser comme le continuateur de Stahl. Un esprit du même ordre, mais plus français encore, si je puis ainsi dire, M. Peisse, bien avant tous les animistes contemporains, avait songé

à rajeunir l'animisme de l'illustre médecin de Hall : ce rêve avorté d'un des esprits les mieux trempés de ce temps-ci, l'auteur de l'essai critique et théorique de philosophie médicale s'est héroïquement efforcé de le réaliser. Pour nous, qui n'avons point l'habitude de reculer devant l'expression de notre pensée, nous dirons sans hésiter, que cette tentative, pas plus que toutes celles qui l'ont précédée, n'a porté la conviction dans notre esprit. L'auteur est sans doute un esprit élevé, il marche avec aisance dans cette route escarpée où le vertige saisit facilement les esprits vulgaires, mais la thèse qu'il soutient reste toujours pour nous indémontrée. Nous ferons à M. S. P. un reproche plus grave encore : c'est que du principe erroné dont il part il arrive à des conséquences radicalement fausses, dont le bon sens l'eût dû préserver, c'est à savoir la réalité de chimères, comme l'homœopathie, le magnétisme, etc. Tout cela, il est vrai, en traversant l'esprit de l'auteur, s'y colore du reflet d'une intelligence plus large que celle d'Hahnemann ou de Mesmer ; mais, à part cette nuance, c'est toujours la même erreur radicale. Voulez-vous que je vous montre jusqu'à quel point un bon esprit peut se faire illusion en de telles questions : écoutez ce qui suit : « Chez un sujet, prédisposé aux éruptions dartreuses, dit M. S. P., j'ai remarqué une efflorescence eczémateuse sur divers points du corps, coïncidant avec les premiers essais de magnétisme. Le chloroforme produisait les mêmes effets, quoique beaucoup plus prononcés. Pour une névralgie faciale très-intense, la douleur s'exagérait toujours au début des passes magnétiques, et l'emploi du chloroforme avait le même résultat, mais ensuite tout l'avantage appartenait au mesmérisme, car il endormait profondément la malade, qui, au réveil, n'avait aucune douleur, tandis qu'étant chloroformée, avec la fin du sommeil, la crise recommençait toujours. J'ajouterai que je n'ai jamais été témoin de souffrances plus atroces que dans les névralgies que j'ai eu occasion d'observer. Ayant eu recours aux passes magnétiques chez un sujet qui était tourmenté d'une toux à caractère spasmodique, avec hémoptysies, mais sans expectoration ni aucun signe physique à l'exploration de la poitrine, je remarquai, non sans surprise, que les passes avaient pour effet de provoquer une quinte très-violente au bout d'une ou deux minutes ; mais, à mesure que l'amélioration s'est prolongée, ce paroxysme artificiel a diminué d'intensité, et a fini par disparaître avec la toux elle-même. » Pascal s'est guéri d'une névralgie dentaire intense en s'occupant de la solution du problème de la roulette, et en le résolvant : la peur de l'instrument

du dentiste fait tous les jours de semblables miracles. Mesmer et son fluide imaginaire n'ont rien à faire ici ; tout s'explique simplement par une impression morale : là est le nœud de la difficulté ; on le coupe avec l'hypothèse du magnétisme, mais on ne le délie pas. Lors de l'épizootie des tables tournantes qui, à la honte de l'esprit de notre pays, frappa tant de bipèdes plus ou moins vaccinés, un illustre physicien anglais, recherchant quelle pouvait être la cause d'une si étrange aberration, arriva à conclure que, pour qu'un tel effet se soit produit chez un si grand nombre d'individus, il fallait qu'il y eût un vice quelconque dans la discipline intellectuelle des masses. Il avait raison. Que les médecins au moins se montrent affranchis de cette crédulité niaise, qui ouvre la porte de l'esprit à toutes les fantaisies d'une imagination sans frein : Science oblige au moins vis-à-vis du bon sens.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'oeil sur les médications expérimentées a l'hôtel-dieu dans l'ataxie locomotrice progressive. — M. Trousseau a consacré une grande partie de sa dernière leçon clinique à exposer les résultats des diverses médications auxquelles les malades de son service, atteints d'ataxie locomotrice, avaient été soumis pendant le dernier semestre. Nous avons regretté que le temps ne lui ait pas permis de s'étendre plus longuement encore sur ce sujet important de pratique médicale ; toutefois il a émis sur les diverses ressources de la thérapeutique, en face de cette redoutable maladie, quelques appréciations qui méritent d'être mises sous les yeux de nos lecteurs.

L'éminent professeur nous a paru craindre que l'expérimentation du nitrate d'argent, qui se poursuit d'une manière si large, ne soit un peu l'effet d'un engouement que les faits cliniques ne justifiaient pas ; du moins ceux dont il a été témoin. Aucun des quatre malades de son service qui ont été soumis à cette médication n'en a éprouvé de soulagement. M. Trousseau a cité cependant un de ses clients de la ville chez lequel l'emploi du nitrate d'argent avait fait merveille ; ce médicament, suivant la propre expression du malade, lui avait sauvé la vie. Le sagace clinicien ne nie donc pas la valeur de cet agent thérapeutique, il redoute seulement qu'on en exagère l'importance curative ; car, s'il a été témoin d'améliorations incontestables, il n'a encore constaté aucune guérison complète.

Lorsqu'il s'agit d'apprécier les effets d'un traitement nouveau, ce

qu'il importe avant tout, c'est de bien connaître la marche naturelle de la maladie que l'on combat, afin de ne pas rapporter à l'intervention thérapeutique un résultat dû à la spontanéité de l'organisme. Or, l'ataxie locomotrice présente deux formes bien tranchées; dans l'une la marche est tellement rapide, que la maladie met à peine une année à parcourir son évolution ; cette forme aiguë est la plus rare. Généralement les individus ataxiques ne succombent qu'après dix, quinze, vingt années, et même plus. Cette longue période de vie n'est possible que par des temps d'arrêt dans le développement de la maladie; quelquefois encore on observe un mouvement de rétrocession évidente que l'on pourrait attribuer à la médication mise en œuvre, si l'on n'était prévenu du fait. Du reste, cette particularité de l'ataxie locomotrice lui est commune avec le plus grand nombre des affections du système nerveux ; elle implique seulement une plus grande réserve dans nos jugements sur la valeur des agents mis en usage, et réclame une longue expérimentation avant qu'on se prononce sur leur efficacité.

Lorsque les essais thérapeutiques offrent quelques dangers pour les malades, nous en abandonnons la vulgarisation à leurs promoteurs; mais lorsqu'ils sont rationnels, inoffensifs, nous n'hésitons pas à produire les premiers résultats, afin que ces essais se répétant sur une plus large échelle, l'importance réelle de la médication nouvelle soit plus promptement déterminée.

L'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des maladies du système nerveux, des névroses spécialement, n'est plus à faire ses preuves. L'épilepsie, l'hystérie, la chorée, l'angine de poitrine, de même que l'aphonie nerveuse, l'asthme, la cardialgie, la céphalalgie et la paralysie saturnine nombre de fois soumises à la médication argyrique, ont fourni des témoignages irréfragables de son efficacité. Du reste, ce ne sont pas seulement ces faits de succès, consignés depuis longtemps dans les Annales de l'art, qui nous ont porté à mettre en relief la nouvelle application du nitrate d'argent au traitement de l'ataxie : *à juvantibus et lœdentibus fit indicatio ;* or, un résultat très-remarquable était mis en relief par les premiers essais cliniques ; la prompte sédation des douleurs chez les ataxiques soumis à l'usage du sel lunaire, et la petite quantité du médicament nécessaire pour amener le résultat. Ce sont surtout ces deux motifs qui nous ont porté à soutenir le zèle de tous ceux qui ont à cœur le progrès de la thérapeutique.

Toutefois, dans le traitement d'une maladie qui dure des années, il n'est pas inutile de rappeler que l'usage par trop prolongé du ni-

trate d'argent expose les malades à un danger, celui de voir leur peau prendre une coloration bronzée indélébile. Le praticien préviendra ce résultat en variant la nature de ses agents médicamenteux. Le nitrate d'argent n'est pas le seul qui triomphe des douleurs de l'ataxie. Suivant M. Trousseau, la belladone prise à la dose de 1 centigramme le soir calme plus sûrement encore ces douleurs. L'opium, *fractâ dosi*, donne également les mêmes résultats ; mais chez quelques malades, il est nécessaire d'élever beaucoup la dose de cette substance. Enfin, le dernier moyen auquel M. Trousseau a recours est l'huile essentielle de térébenthine, qu'il prescrit à la dose de 100 à 150 gouttes, renfermées dans des capsules. Le malade les prend pendant ses repas, afin d'éviter toute action agressive sur l'estomac. Ces médications sont mises en œuvre pendant dix et quinze jours, et comme leurs bons effets s'usent promptement, il faut les substituer les unes aux autres, en insistant sur celles d'entre elles qui soulagent le plus les malades. Nous devons rappeler ici que M. Duchenne, pour combattre les douleurs et réveiller la vitalité de la peau, emploie de préférence la faradisation cutanée.

Triompher du symptôme le plus pénible de l'ataxie est déjà un point très-important. Il reste ensuite à relever les forces générales; pour atteindre ce but, aucune médication ne l'emporte sur l'hydrothérapie. Comme M. Trousseau, nous avons vu plusieurs malades qui ont éprouvé à la suite de ce traitement une amélioration des plus remarquables.

Enfin, parmi les individus atteints d'ataxie, il s'en est trouvé un certain nombre ayant eu la syphilis ; chez ceux-là on a eu l'idée d'administrer de préférence l'iodure de potassium, qui a donné de bons résultats.

Tels sont les diverses médications qui, soutenues par une hygiène bien entendue, constituent aujourd'hui le meilleur traitement à opposer à l'ataxie locomotrice progressive. On a également essayé l'emploi des eaux minérales naturelles, des sulfureuses principalement ; mais ces tentatives ont produit peu d'effets utiles. Peut-être faut-il faire une exception en faveur des eaux de Néris et celles de Wildbad dans le Wurtemberg.

Quoi qu'il en soit, le coup d'œil que nous venons de jeter sur les essais cliniques qui se poursuivent, prouve que le praticien n'est pas complétement désarmé lorsqu'il est appelé à combattre cette redoutable affection. Il reste encore beaucoup à faire, puisque la plupart de ces médications n'ont qu'une puissance temporaire, et que

leur action s'exerce surtout sur les deux phénomènes extrêmes de l'ataxie : les douleurs prémonitoires et l'affaiblissement consécutif.

De la décoloration de la teinture d'iode par les urines diabétiques. — Nous avons été témoin d'expériences très-intéressantes, qui se poursuivent dans le même service, sur l'action décolorante de l'urine glycosique sur la teinture d'iode et qui constituerait un procédé nouveau et d'un emploi plus facile que ceux que nous possédons pour la constatation clinique du diabète sucré. Voici comment MM. Trousseau et Dumontpallier ont été conduits à constater ce fait ; nous ne répéterons pas avec eux le mot *nouveau*, car on sait depuis plus de trente années que tous les produits organiques décomposent la teinture d'iode.

« Lorsqu'on verse de la teinture d'iode dans une urine acide au papier de tournesol, l'urine, dit M. Dumontpallier, emprunte à la teinture une coloration d'autant plus foncée que l'on y verse une quantité plus grande de teinture d'iode.

« Si l'on traite des urines ictériques par la teinture d'iode, quelques gouttes de teinture suffisent pour rendre très-manifeste la matière verte dite *biliverdine*.

« Pour nous assurer de la valeur de ce procédé, nous avons souvent essayé l'action de la teinture d'iode sur des urines de provenances diverses, et nous sommes restés convaincus que la teinture d'iode avait une action spéciale sur les urines ictériques.

« Nous poursuivions ces recherches depuis déjà plusieurs semaines, lorsque, le 25 mars 1863, examinant comparativement plusieurs urines avec la teinture d'iode, nous versâmes quelques gouttes de teinture d'iode dans une éprouvette qui contenait de l'urine de diabétique (urine pesant 37° à l'aréomètre).

« L'urine diabétique, presque incolore, avait pris d'abord une coloration sucre d'orge due au mélange de la teinture d'iode ; mais quel fut notre étonnement, lorsque nous vîmes la coloration disparaître peu à peu, puis l'urine redevenir complétement incolore après quelques secondes.

« L'urine des diabétiques avait-elle seule la propriété de décolorer la teinture d'iode ?

« S'il en était ainsi, la teinture d'iode devenait un réactif facile, rapide, pour reconnaître la présence de la glycose dans l'urine.

« L'expérience fut répétée, séance tenante, plusieurs fois, sur la même urine diabétique et dans des tubes différents ; toujours il y

y eut en quelques secondes décoloration de la teinture d'iode.

« L'expérience fut faite avec les urines de plusieurs malades diabétiques, et chaque fois le même résultat fut obtenu.

« Déjà nous pûmes constater que l'action décolorante des urines sucrées sur la teinture d'iode était d'autant plus grande que la densité des urines était plus grande elle-même.

« De plus, après avoir expérimenté le même procédé sur des urines de provenances diverses (mais urines fraîches et acides au papier de tournesol), il a été constaté par nous que l'urine des diabétiques semblait seule avoir la propriété de décolorer rapidement la teinture d'iode.

« Toutes ces expériences, bien entendu, ont été faites à froid, c'est-à-dire les urines ayant au maximum 30 à 37 degrés centigrades.

« Ces recherches seront poursuivies par nous, et l'on pourra probablement, avec la teinture d'iode *titrée*, déterminer la quantité de glycose contenue dans l'urine. Pour obtenir ce résultat, il suffira de mesurer la quantité de teinture d'iode qui sera décolorée par une quantité d'urine déterminée. »

L'autorité qui se rattache à bon droit à toutes les propositions émises par le savant professeur de l'Hôtel-Dieu ont provoqué immédiatement des expériences dans la plupart des services de nos hôpitaux. Quelques médecins n'ayant pas de malades diabétiques dans leur service, ont cru pouvoir contrôler la valeur du procédé nouveau, en faisant dissoudre de la glycose dans des urines normales ; or, comme elles n'ont pas décoloré la teinture d'iode, ils ont été conduits à nier le fait. Il est pourtant réel, et nous avons vu 2 grammes de l'urine d'un malade de l'Hôtel-Dieu décolorer 40 gouttes de teinture d'iode, tandis que la même quantité d'urine ordinaire n'a décoloré que 16 gouttes. Cette urine glycosique pèse 1037, et, examinée au polarimètre, contient 50 grammes de sucre par litre.

Est-ce bien à la glycose que ces urines doivent leur action décolorante, et n'est-ce pas plutôt à la présence de l'acide urique et surtout des urates alcalins ? Nous le croyons. Du reste, de nombreux expérimentateurs étudient la valeur du phénomène signalé par MM. Trousseau et Dumontpallier, et nous apprendrons bientôt si l'on pourra utiliser cette réaction pour l'étude clinique du diabète.

LARGE FISTULE DU PLANCHER BUCCAL GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION ANAPLASTIQUE. — Lorsqu'on réfléchit à la disposition anatomique du plancher de la cavité buccale, on se rend facilement compte de la

tendance des solutions de continuité de cette région à demeurer fistuleuses, surtout lorsque la violence traumatique a porté en même temps sur le maxillaire inférieur. Les exemples de guérison de ces sortes de fistules sont rares ; aussi presque toujours les mutilés sont réduits à remédier à leur infirmité à l'aide d'un appareil prothétique : le *menton d'argent*. Nous venons de voir au Val-de-Grâce un bel exemple de restauration du plancher buccal par une opération anaplastique ; nous en empruntons le récit et les figures à l'ouvrage que publie en ce moment le savant professeur de clinique chirurgicale de cet hôpital, M. Legouest[1].

Le sieur B***, voulant se suicider, se tira un coup de pistolet à bout portant, sous le menton, le 27 février 1862. L'arme avait été chargée avec des chevrotines et une balle ; mais cette dernière s'était échappée fortuitement du canon et fut retrouvée sous l'oreiller du lit du blessé.

Malgré la violence de la commotion, B*** ne perdit pas connaissance : il raconte que le plancher buccal était complétement détruit ; la langue, divisée obliquement d'avant en arrière, pendait au-devant du cou ; la majeure partie de la lèvre inférieure avait été emportée ; le maxillaire inférieur était brisé comminutivement vers le milieu ; la partie moyenne de l'os complétement détachée du reste de la mâchoire n'adhérait plus que par quelques parties molles et fut totalement arrachée par le blessé ; la voûte palatine présentait à gauche une large fente longitudinale ; la perte de sang fut peu considérable.

On se borna à appliquer un pansement simple et un appareil en fil de fer pour maintenir la charpie et soutenir la langue.

Le 3 avril, B*** fut évacué de l'hôpital de Bourges sur celui du Val-de-Grâce ; en entrant dans notre service, il présentait l'état suivant : Toute la plaie est en pleine suppuration : le plancher de la bouche et les deux tiers du côté gauche de la lèvre inférieure n'existent plus ; la langue fixée par des adhérences à la face antérieure du cou est libre dans l'étendue de 3 centimètres seulement et séparée en deux parties cicatrisées isolément ; le maxillaire inférieur est détruit, à gauche, jusqu'à la seconde grosse molaire, à droite, jusqu'à la canine inclusivement ; une fracture complète, verticale, siége à l'union du corps de la mâchoire avec l'apophyse montante droite ; toute la cavité buccale est librement exposée aux regards ; la voûte du palais fracturée présente quelques esquilles (fig. 1).

Après avoir extrait un certain nombre de fragments d'os et attendu l'élimination spontanée de quelques autres, jugeant qu'une tentative de restauration complète en une seule opération ne serait probablement pas suivie de succès, nous pensâmes qu'il convenait de procéder par une série d'observations successives consistant : 1° à réunir la solution de continuité de la langue ; 2° à mettre cet

[1] *Traité de chirurgie d'armée*, par M. Legouest. 1 volume, in-8, avec de nombreuses figures. Cet ouvrage doit paraître à la fin du mois, chez J.-B. Baillière et fils.

organe en liberté; 3° à restaurer la lèvre inférieure; 4° enfin, à refaire le plancher de la bouche.

La première opération fut pratiquée le 15 avril; elle fut suivie de succès et guérit en quatre ou cinq jours. La seconde opération eut lieu le 13 mai; elle consista à disséquer la langue jusqu'à sa base, et à couper les adhérences qu'elle avait contractées avec les parties molles du cou et qui l'immobilisaient. Il en résulta une plaie en losange disposée verticalement, dont la partie la plus large correspondait à la base de la langue, et qui se terminait en pointe sur la face antérieure du cou, d'une part, et sur la face inférieure



Fig. 1.

de la langue, de l'autre: cette plaie fut réunie par la suture et se cicatrisa rapidement. La langue était redevenue libre et mobile.

Nous procédâmes le 14 juin à la troisième opération. Les parties molles des joues et des lèvres furent disséquées et séparées des extrémités osseuses de la mâchoire avec lesquelles elles étaient intimement unies. Deux incisions horizontales, menées de chaque côté jusqu'à l'angle de la mâchoire, formèrent, avec ce qui restait du bord libre de la lèvre, deux lambeaux quadrilatères qui furent réunis par des points de suture entortillée au-devant des fragments de la mâchoire rapprochés. La langue fut laissée pendante à travers le large hiatus du plancher de la bouche. Tout semblait faire présager un heureux résultat, quand, le 20 juin, un violent érysipèle se déclara, retentit vivement sur l'encéphale et détruisit la plus

grande partie du travail réparateur : le seul point de suture qui résista fut celui qui était situé sur le bord libre de la lèvre; il servit de point de départ à un travail cicatriciel qui réunit les parties par seconde intention.

Nous crûmes devoir attendre plusieurs mois avant de faire la dernière opération destinée à fermer le plancher de la bouche. A la date du 15 janvier 1863, l'orifice anormal s'était beaucoup rétréci; il était de forme irrégulièrement triangulaire; large en tous sens de trois à quatre centimètres; ses bords étaient durs, calleux, épaissis et se confondaient, en avant, avec les fragments réunis de



Fig. 2.

la mâchoire, sur les côtés et en bas, avec les parties molles de la partie inférieure de la face et du cou; il donnait passage à la salive et à la langue qui pouvait rentrer à volonté et se logeait en arrière de la mâchoire inférieure reconstituée et considérablement rétrécie (fig. 2).

Nous pensâmes à fermer provisoirement cet orifice avec un obturateur en gutta-percha, afin de faire reprendre à la langue son droit de domicile dans la bouche. Nos tentatives furent vaines et nous nous décidâmes, le 1er mars, à pratiquer la dernière opération. Un grand lambeau quadrilatère fut disséqué sur la face antérieure du cou, incliné en haut et porté sur l'orifice avec les bords rafraîchis duquel il fut réuni par dix ou douze points de suture entrecoupée.

La langue avait été remontée préalablement dans la bouche, au moyen d'un fil qui fut fixé au bonnet du malade. Des bandelettes agglutinatives embrassant la mâchoire et la tête, assurèrent l'action des points de suture en soutenant le lambeau ; le tout fut maintenu par un pansement simple. Les choses allèrent au mieux : le lambeau se réunit en quelques jours dans toute sa périphérie, sinon, vers la partie antérieure de la perte de substance, en deux points qui donnaient issue à une certaine quantité de salive. La langue fut mise en liberté le sixième jour; les points fistuleux furent touchés et fermés avec le nitrate d'argent : le 25 mars, la cicatrisa-

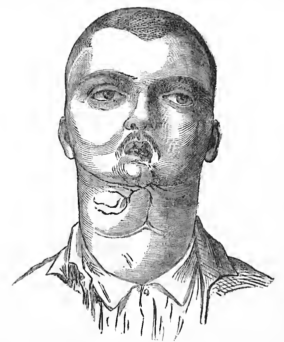


Fig. 3.

tion était complète (fig. 3). Le malade perd encore un peu de salive par la commissure gauche de la bouche, plus basse que l'autre et que nous nous proposons de relever ; mais il mange avec facilité et debout, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération, et il commence à parler de façon à se faire entendre.

Il ne fallut pas moins d'une année et de quatre opérations pour combler cette vaste perte de substance.

Nous appelons tout spécialement l'attention de nos lecteurs sur l'ingénieux procédé mis en pratique par M. Legouest, pour rendre la liberté à la pointe de la langue. Nous n'hésitons pas à rapporter à ces temps de l'œuvre opératoire le succès définitif qui a couronné la tentative de ce sagace chirurgien.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du délire consécutif à l'opération de la cataracte. M. Sichel a judicieusement signalé une forme de délire, qui survient souvent chez les gens âgés, après l'opération de la cataracte. Il en place la cause dans l'obscurité à laquelle les malades sont alors condamnés par suite de l'occlusion permanente des paupières. Et comme l'un des traits les plus saillants de l'agitation qui s'empare des malades est le délire de retourner dans leur pays, M. Sichel a dénommé ce délire, *délire nostalgique*.

M. Giambattista Borelli a également observé de ces cas; il en a vus depuis le début de sa pratique et il les a trouvés aussi fréquents après l'opération par abaissement qu'après l'opération par extraction. Il croit que l'occlusion des paupières ne suffit pas pour rendre compte du délire, qu'il faut l'attribuer à une disposition particulière à l'hypocondrie, ainsi qu'à la diète rigoureuse trop souvent imposée à ces opérés. Il conseille, en conséquence, de les nourrir plus tôt et plus substantiellement qu'on ne le fait d'ordinaire. Il veut encore, conseil plein de sens, qu'on place, et, s'il se peut, qu'on laisse auprès d'eux une personne de connaissance, de leur pays, dont la conversation sera un sédatif moral beaucoup plus efficace que tous les encouragements donnés par le chirurgien.

Dans un cas tout récent, où le malade demandait impérieusement à sortir, affirmant que sa vie était en danger si l'on ne cédait à ses instances, et refusant toute nourriture, M. Borelli obtint une amélioration presque immédiate de ce délire, puis sa cessation complète, en substituant au bandeau des lunettes à verres fortement colorés, qui affaiblissaient suffisamment les rayons lumineux sans empêcher tout à fait la vue. (*Giorn. d'oftalmologia ital.*, janv. et févr. 1863.)

Induration du muscle sterno-mastoïdien chez des enfants nouveau-nés; guérison par les iodiques. De quelle nature étaient les altérations dans les cas dont il est ici question? Leur forme, assez peu nettement déterminée d'ailleurs, leur siége dans le tissu musculaire ou dans le tissu cellulaire interstitiel d'un muscle, autorisent-ils à les considérer comme syphilitiques, alors que la transmission directe des lésions tertiaires des parents aux enfants est révoquée en doute? La cure obtenue, dans un cas du moins, au moyen de l'iodure de potassium, est-elle un motif adjuvant pour admettre ce diagnostic *à posteriori?* On a, croyons-nous, abusé, on abuse journellement de cette dernière manière de conclure, surtout peut-être par rapport aux médicaments dits antisyphilitiques. Quoi qu'il en soit, et il convient d'ajouter que rien n'autorisait à soupçonner aucun antécédent spécifique chez les parents, voici les faits, qui appartiennent à M. Paget et au docteur Wilks : ils font voir que de telles lésions peuvent céder à des moyens médicaux, pourvu qu'ils soient continués avec une suffisante persévérance.

Le premier a rapport à un enfant qui, en février 1857, étant alors âgé de quatre semaines, fut envoyé au traitement externe de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, par le docteur Stutter, de Sydenham. Dans le sterno-mastoïdien gauche il y avait deux ou trois masses dures, aussi dures que le cartilage, qui étaient déposées dans les trois quarts moyens de ce muscle, ou plutôt qui en occupaient la place dans cette étendue. Au toucher, elles donnaient la sensation d'indurations extrêmes avec augmentation de volume, et avaient la forme d'un sphéroïde irrégulier, aplati, avec des nodosités. Le muscle ne pouvait être complétement allongé, ni la face tournée vers le côté droit. Sous tous les autres rapports l'enfant était bien conformé, fort et bien portant. On ne s'était aperçu de la maladie que deux semaines après la naissance; mais sans doute elle existait auparavant et, suivant toute probabilité, était congénitale. Après un traitement qui consista en frictions iodées, iodure de potassium à petites doses à l'intérieur et huile de foie de morue, l'état de l'enfant, revu au bout d'un an, était considérablement amélioré : à peine restait-il des traces

d'induration, le muscle était plus petit qu'à l'état normal, mais souple; avec le temps la guérison est devenue complète.

Chez un autre enfant de quinze jours, de bonne santé, un des sterno-mastoïdiens présentait aussi une induration de trois quarts de pouce de diamètre, aplatie et occupant la partie moyenne antérieure de ce muscle. De septembre 1862 à février dernier, on fit de temps en temps des applications topiques de teinture d'iode, et à cette dernière date l'altération avait presque entièrement disparu. (*Dublin med. Press.*, mars 1863.)

Triple action de l'emploi topique de l'acide chromique et modes d'application pour en obtenir les effets. M. le docteur Ed. Busch de Géra, signale les particularités suivantes quant à l'emploi externe de l'acide chromique; elles nous paraissent dignes de fixer l'attention de nos lecteurs, lesquels n'ont sans doute pas oublié que le *Bulletin de Thérapeutique* a mentionné déjà à plusieurs reprises les effets utiles que peut donner l'application méthodique de cet agent précieux de cautérisation.

L'acide chromique, dit M. Busch, agit de trois manières différentes : 1° comme dessiccatif, astringent; 2° comme caustique superficiel, à la façon de l'acide nitrique; 3° comme caustique profond, brûlant les tumeurs à la manière du fer rouge. Un triple mode d'emploi correspond à cette triple action.

1° *En solution étendue* (1/2 cuillerée d'acide sur 2 cuillerées d'eau). Ce mode d'emploi convient dans l'œdème de la peau, du scrotum, des paupières, dans l'eczéma, l'engorgement du col utérin, les engorgements atoniques. Le traitement n'est pas douloureux; il calme au contraire les démangeaisons si fréquentes dans certaines affections cutanées; il réunit les avantages du nitrate d'argent et ceux du collodion. Le topique s'applique au moyen d'un pinceau, on répète l'application tous les quatre ou huit jours; il est rare qu'il faille recommencer plus de trois ou quatre fois.

2° *En solution concentrée.* Une cuillerée à café de l'acide est dissoute dans cinq ou six *gouttes* d'eau et s'applique également avec un pinceau. Ce topique agit sur toutes les surfaces privées d'épiderme comme un violent corrosif et forme une escarre brune. Il convient dans les hémorrhagies en nappe, qu'il arrête aussitôt, et dans toutes les plaies douloureuses, de mauvais aspect, fétides, ichoreuses, à bords calleux, anfractueux, qu'elles soient de nature goutteuse, syphilitique, qu'elles dépendent du lupus ou soient la suite du décubitus. Toute la surface se couvre d'une croûte sèche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur ; aucun pansement n'est nécessaire pendant les dix ou quinze premiers jours, et au bout de vingt-quatre heures toute douleur a disparu. Plus l'escarre persiste longtemps, plus le pronostic devient favorable. Lorsqu'au bout de huit à quinze jours elle se ramollit, on aperçoit au-dessous une plaie d'aspect beaucoup plus favorable, sans fétidité ni putrescence. En général il n'est besoin que d'une seconde application de ce puissant topique pour amener une guérison complète.

3° *En application sur de la charpie.* On couvre la plaie d'une large couche de charpie, et on humecte celle-ci avec la solution concentrée indiquée plus haut; ou bien on applique directement celle-ci au moyen d'un pinceau de charpie. La charpie en contact avec le caustique est carbonisée en quelques secondes et transformée en un magma, avec production d'une chaleur qui atteint 108° centig.

Ce nouveau mode de cautère actuel pénètre profondément, calcinant les parties saines et les parties malades. L'escarre persiste pendant des semaines et laisse après elle une surface suppurante, qui est presque toujours de bonne nature. Les hémorrhagies ne sont pas à craindre. La douleur, très-vive au début, ne dure que vingt-quatre heures, on la diminue par les cataplasmes et la compression; elle ne reparaît plus, si bien qu'on pourrait considérer le remède appliqué comme un anesthésique ,dans les cas d'ulcères cancéreux, par exemple.

Les indications de ce mode d'emploi de l'acide chromique sont à peu près celles du fer rouge :

1° Les télangiectasies, contre lesquelles une seule application suffit.

2° Les indurations invétérées de l'utérus, les cancroïdes et le carcinome de cet organe. L'application se fait au moyen d'un spéculum en verre ou en porcelaine; elle est en général indolente et ne se répète que deux ou trois fois; M. Busch la fait toujours suivre d'une douche vaginale froide.

3° Les ulcères gangréneux, cancéreux, le lupus, le noma et le carci-

nome de toute espèce. On l'emploie après l'excision des parties dégénérées, pendant l'état d'anesthésie, lorsqu'on a employé le chloroforme. On arrête ainsi l'hémorrhagie des petits vaisseaux ; les plus gros s'isolent de la masse de l'escarre et sont liés avec la plus grande facilité ? On peut laisser le premier pansement en place pendant six jours, même dans les chaleurs de l'été, sans aucun inconvénient. La cicatrisation se produit toujours d'une manière satisfaisante.

Cette pratique est préférable au fer rouge, lorsque les plaies suppurent abondamment. L'action de l'acide chromique dans les plaies de nature syphilitique est presque spécifique. (*Deutche Klinik*, janvier 1865.)

Ictère ; décoction de feuilles d'artichaut et de chiendent. J'ai été frappé, dit M. le docteur Delafontaine, de l'analogie du suc de feuilles d'artichaut avec l'aloès. D'après l'analyse de M. Chatin, l'extrait hydro-alcoolique d'artichaut présente tous les caractères physiques de l'aloès; ne jouirait-il point aussi des mêmes propriétés à un certain degré ?

Depuis dix ans, dans le traitement de l'ictère, je n'emploie que la décoction de feuilles d'artichaut et de racine de chiendent. Avec cette tisane, j'ai toujours mieux réussi qu'avec le calomel. Et j'ai remarqué aussi que cette décoction est très-laxative à la dose de trois tasses par jour. Cinq ou six pourraient peut-être purger. Mieux encore : dans deux cas d'hépatite, où je trouvais les matières décolorées, j'alcommencé une médication interne, par cette seule décoction, et au bout de soixante à soixante-dix heures, les matières, au lieu d'être sèches, fermes et cassantes, étaient molles et d'un aspect jaunâtre. — J'ai employé cette décoction après l'avoir vue réussir entre les mains d'un excellent confrère, feu M. Villeroy, de Balleroy. (*Gaz. méd. de Lyon*, mars 1865.)

Du badigeonnage du pourtour orbitaire, avec la teinture d'iode, dans les inflammations de l'œil. On parle beaucoup de l'emploi des vésicatoires appliqués sur les paupières dans les inflammations oculaires, et les journaux relatent des cas de guérison, aussi nombreux qu'étonnants, en faveur d'un traitement que l'amour du nouveau avait fait abandonner injustement. Le docteur Henry van Holsbeek ne conteste nullement l'utilité des vésicatoires: mais il existe, selon lui, un moyen de guérison qui leur est bien supérieur, surtout lorsqu'il existe de la photophobie. Ce moyen, dont tout le monde peut apprécier la simplicité et la promptitude, n'est autre que le badigeonnage du pourtour orbitaire avec la teinture d'iode, badigeonnage que nous employons depuis près de dix ans avec un succès constant.

On comprend qu'on peut manier la teinture d'iode comme on l'entend, l'appliquer un jour seulement ou plusieurs jours de suite et ne produire qu'un simple érythème ou une véritable vésication, selon les indications.

L'auteur ne saurait assez recommander l'emploi du badigeonnage à la teinture d'iode dans les inflammations oculaires. (*Journ. du méd. de campagne*, n° 1, 1865.)

Fausse articulation du radius, guérie par le séton. Un artilleur avait subi diverses lésions graves, par le choc du refouloir lancé à l'improviste. Guéri, non sans lenteur, de toutes les autres blessures, il venait, au bout de six mois, demander des secours pour une fracture non consolidée du radius. Des appareils immobilisants, longtemps appliqués, l'avaient été sans succès.

M. da Camino s'occupa d'abord de fortifier la constitution affaiblie ; puis, s'étant décidé à traiter ce cas par l'application du séton, il passa, au moyen d'une aiguille, un cordon de fils entre les deux fragments. Vu l'obliquité de la fracture, le trajet occupé par ce cordon avait trois centimètres et demi de longueur. Des applications froides maintinrent dans de justes bornes l'inflammation, laquelle, au quatrième jour, commença à produire de la suppuration. Les phénomènes inflammatoires, après avoir été en augmentant, diminuèrent de manière que, le vingt-quatrième jour, on put imprimer des mouvements au séton.

Du vingt-sixième au vingt-huitième jour, on constata la présence d'une matière plastique, formant tumeur, entre les fragments. Elle prit, de jour en jour, plus de consistance. En même temps, la main et les doigts acquirent plus de force et quelque flexibilité.

Vers le trentième jour, le cordon étant accidentellement tombé, il fallut le replacer, ce qui occasionna un retour momentané d'inflammation. Peu à peu,

on diminua le volume du cordon, de manière à le réduire à la grosseur d'un simple fil.

Le cinquante-huitième jour, le radius ayant repris sa consistance naturelle, et permettant les divers mouvements du membre, le fil fut enlevé. A ce moment, le cal était déjà réduit de volume.

Le soixante-quinzième jour, cet homme quitta l'hôpital, étant parfaitement guéri. (*Gazeta medica, provincie Venete*, février 1863.)

Fracture ancienne de l'apophyse odontoïde découverte sur un cadavre ; conclusions pratiques à tirer de ce fait. Si l'on s'explique que la luxation de l'apophyse odontoïde doive entraîner la mort, et dans la plupart des cas une mort instantanée, il n'en est pas nécessairement de même de la fracture de cette portion de la deuxième vertèbre. Il peut se faire, en effet, dans la fracture, et on le comprend, qu'il n'y ait pas de déplacement suffisant pour déterminer la compression, la contusion, l'attrition de la moelle. Si donc le blessé échappe aux autres conséquences immédiates qui peuvent suivre un tel accident, comme l'ébranlement extrême, la commotion des centres nerveux résultant de l'intensité de l'action traumatique, ou l'épanchement de sang dans le canal rachidien, rien n'empêche qu'il ne survive, moyennant certaines conditions, bien entendu.

Ainsi, dans trois cas de fracture de l'apophyse odontoïde avec luxation de l'atlas, rassemblés par M. Malgaigne, nous voyons que les blessés ont survécu dix-sept jours, cinq semaines et quatre mois.

Ainsi, dans un cas relaté par le docteur Parker, de New-York, le blessé se leva et marcha le cinquième jour après l'accident, et le neuvième il se remit à ses occupations ordinaires, auxquelles il continua de se livrer malgré des douleurs continuelles dans la tête et le cou, lorsque, au bout de cinq mois, il fut pris de paralysie et succomba. A l'autopsie, on trouva une fracture de l'apophyse odontoïde à sa base. Evidemment il n'y avait pas eu de déplacement tout d'abord, puisque le malade put pendant plusieurs mois se lever, aller et venir, et même travailler comme avant l'accident. D'où l'on peut inférer que, si le repos avait été gardé dans des conditions convenables, la consolidation aurait pu s'obtenir.

Le docteur Bevan vient de présenter à la Société chirurgicale d'Irlande des pièces anatomiques qui prouvent que cette consolidation est possible. Elles provenaient du cadavre d'une femme de quarante ans, morte de dyssenterie dans un hospice de Dublin, et chez laquelle rien n'avait pu, pendant la maladie dont elle était morte, faire soupçonner l'existence d'une telle lésion, qui sans doute était très-ancienne. En étudiant sur le cadavre de cette femme l'appareil ligamenteux du cou, après avoir ouvert le canal rachidien, enlevé la dure-mère et le ligament vertébral commun postérieur, on trouva le sommet de l'odontoïde soudé au bord antérieur du trou occipital, et le col de cette apophyse fracturé, mais réuni au corps de l'axis par un tissu fibreux analogue à celui qui relie les fragments de la rotule à la suite des fractures de cet os. Le ligament transverse n'était pas rompu ; mais au lieu de passer derrière l'odontoïde, il correspondait au point où existait la solution de continuité, c'est-à-dire à l'intervalle séparant l'apophyse fracturée de sa base, et de plus il se trouvait engagé dans le tissu fibreux dont il vient d'être question. Il ne restait pas trace du ligament odontoïdien. Enfin, il y avait luxation partielle de l'atlas sur l'axis, dont le corps donnait naissance à des excroissances osseuses qui servaient de soutien aux apophyses articulaires inférieures de l'atlas déplacées, en même temps que les ligaments vertébraux antérieurs, par leur force, contribuaient à s'opposer à un déplacement plus prononcé. Il y a lieu de croire, en raison de la soudure osseuse de l'odontoïde avec l'occipital, que la lésion remontait aux premiers temps de la vie, à l'époque peut-être où l'ossification de cette apophyse n'était pas encore complète.

Quoi qu'il en soit, il ressort de ce fait, et aussi de celui de sir Parker, comme conclusion pratique, que la réunion, la consolidation des fractures de l'odontoïde est possible, et que dans les cas où il y a eu quelque violence portant sur la région cervicale, s'il existe du doute sur la nature des lésions, l'immobilité prolongée est de rigueur. (*Dublin med. Press.*, févr. 1863.)

Emploi topique du cyanure de mercure contre l'hydrocèle. Le docteur Koch recommande

l'emploi du cyanure de mercure, d'après trois cas de succès observés par lui sur des garçons âgés de un an et demi, de trois et de huit ans. La pommade dont il se sert, est composée de 6 grains de cyanure de mercure pour une demi-once d'axonge : deux ou trois fois par jour, on prend gros comme un haricot de cette pommade, avec laquelle on frictionne doucement le scrotum, qu'on recouvre ensuite d'ouate et qu'on soutient dans un suspensoir. Si, après six à huit frictions, il se développe un érythème douloureux, on suspend pendant quelques jours l'usage de la pommade, et l'on panse avec un linge graissé. Au bout de huit jours, la tumeur avait déjà notablement diminué et la résorption se fit d'une manière complète dans l'espace de trois à six semaines. (*Zisch. f. Wundarzt*, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, mars 1863.)

Diachylum et poudre de lycopode dans les varices. M. le professeur Piorry ayant retiré de bons résultats de l'emploi du diachylum et de la poudre de lycopode dans divers cas d'inflammation et d'excoriation de la peau, a appliqué, avec les mêmes avantages, ce moyen simple au traitement palliatif des varices. Sur des jambes couvertes de dilatations veineuses, il a fait appliquer une couche épaisse de diachylum recouverte de poudre de lycopode. Il a vu dans les cas légers, et bien que les malades ne fussent pas astreints à garder le repos, que l'on pouvait ainsi, non pas guérir les varices, mais les rendre beaucoup plus supportables qu'auparavant, et prévenir les ulcérations. (*Courr. méd.*, janv. 1863.)

Sur la vaccination à l'aide d'anciennes croûtes vaccinales. Sur la recommandation du professeur Simpson, un grand nombre de médecins d'Edimbourg se servent, avec de bons résultats, d'anciennes croûtes vaccinales dissoutes dans la glycérine, non-seulement pour la vaccination des jeunes enfants, mais aussi pour la vaccination des adultes. Dans une séance de la Société d'obstétrique d'Edimbourg, le docteur Sidey a présenté un certain nombre de ces croûtes, conservées depuis douze à vingt ans, et dont une avait servi à vacciner un enfant. Suivant le professeur Simpson, les croûtes vaccinales dissoutes dans la glycérine fournissent un excellent substitut de la lymphe vaccinale récente et sont déjà généralement employées en Amérique, où l'on en a obtenu les meilleurs résultats. Pour en faire usage, on réduit en poudre les croûtes desséchées, et l'on fait à la peau de petites incisions dans lesquelles on introduit de cette poudre. C'est là évidemment une méthode très-simple et à laquelle on peut toujours recourir, lorsque le vaccin frais fait défaut. (*Nederd tijdsch.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, avril 1863.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX [1],

Lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Enfin arrive le cas pour lequel nous sommes consulté, et je ne saurais mieux faire que de reproduire le travail de notre collègue.

Notice sur un cas de phocomélie pelvienne unique observé sur un adulte, suivie de considérations sur l'emploi d'un appareil prothétique.

Par M. A. Duval, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Obs. VI. M. Auf... René-Marie, né le 29 septembre 1844, à Mespaul, canton de Saint-Pol-de-Léon, près Brest, est l'aîné de huit enfants ; six ont succombé en

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 280.

bas âge, à des maladies diverses. Aucun de ceux-ci ne présentait de difformité. Le seul frère qui existe encore a quatorze ans et est très-vigoureux pour son âge.

Le père, qui a atteint cinquante-huit ans, travaille avec l'ardeur d'un jeune homme et présente tous les attributs de la constitution la plus forte.

La mère, âgée aujourd'hui de quarante-quatre ans, est encore réglée; sa santé habituelle ne laisse rien à désirer.

Elle déclare n'avoir éprouvé ni gêne ni douleurs ou maladies; qu'elle n'a jamais reçu, et j'ai insisté à plusieurs reprises sur ce point important d'étiologie, aucun choc, aucun coup pendant la gestation; elle n'a fait aucune chute dont elle ait pu conserver le souvenir. Elle dit également qu'aucune impression vive n'a été perçue pendant la grossesse. Je constate ici ce fait: car peut-être plus tard, lorsque l'âge aura affaibli ses facultés intellectuelles, elle admettra elle-même une de ces causes bizarres, si souvent invoquées, des arrêts de développement.

Un médecin (M. le docteur Lamendour), qui n'existe plus depuis plusieurs années, a assisté à l'accouchement et a reçu l'enfant; c'est avec une grande surprise qu'il a constaté la conformation étrange du membre abdominal droit, qu'il trouva entouré de trois circulaires assez serrés du cordon ombilical. Il n'a jamais hésité à expliquer aux parents les lésions observées par la circonstance rare que je viens de rapporter.

La taille du sujet est de $1^m,63$; il est bien conformé; son tempérament est sanguin; sa constitution ne laisse rien à désirer; traits bien réguliers, cheveux noirs et abondants, iris bruns, poitrine large, musculature bien développée. Il n'a éprouvé que des indispositions, et, dans ces derniers temps, une variole modifiée par la vaccination, mais toutefois confluente (¹).

La puberté a paru avant l'âge de seize ans; des poils nombreux ombragent le pubis; la verge présente un développement normal; les testicules, de dimensions ordinaires, sont contenus dans les loges scrotales.

M. Auf... marche avec agilité à l'aide de deux béquilles.

Malgré la position de fortune des plus modestes de sa famille, ce jeune homme a reçu une éducation presque complète; mais l'infirmité dont il est atteint a empêché son admission dans les services publics et lui a fermé aussi une foule de carrières. Il a pu cependant, il y a quelques mois, être reçu dans les bureaux d'une administration civile, où son intelligence et son zèle ont été remarqués.

Mais là encore, ses émoluments bien minimes resteront toujours les mêmes et à peine suffisants à son entretien, s'il ne peut abandonner l'usage des béquilles.

Aussi, dès qu'il a cru être certain d'avoir acquis la taille qu'il doit conserver dans l'avenir, il est venu me demander des conseils sur l'emploi des moyens prothétiques les plus propres à obtenir une progression plus rapide, qui lui permette, en abandonnant l'usage des béquilles, de penser à remplir les devoirs que lui imposerait une position plus convenable et mieux rétribuée.

Je joins à cette notice la copie de plusieurs photographies que je dois à l'obligeance d'un ancien chirurgien de la marine, M. Bernier. Dans la figure 11, le membre phocomélique est placé dans l'attitude qui permettait le mieux de

---

(¹) La variole a eu ceci de particulier, que les pustules, nombreuses sur tous les points du corps, ont épargné le membre phocomélique.

se rendre compte de la disposition des divers segments de ce membre avorté. On en trouvera plus loin une figure vue de face (fig. 12).

Ces préliminaires indispensables étant établis, je vais entrer dans la description de ce cas de monstruosité.

Cette seconde partie sera divisée en deux sections. La première, consacrée à l'anatomie et à la tératologie ; la deuxième, à la prothèse.

1. *Anatomie.* — Le membre frappé d'arrêt de développement a environ 18 centimètres de l'arcade pubienne à la plante du pied, en avant et en suivant le côté externe. Il paraît beaucoup plus court en arrière ; il est même difficile d'en avoir la longueur exacte, vu le pli de la fesse qui descend très-bas et n'est séparé du talon que par une gouttière étroite et profonde, et aussi vu l'équinisme prononcé du pied, dont le talon est fortement remonté en arrière.

Ce membre est composé de trois parties articulées entre elles. La première, longue en avant de 10 à 11 centimètres, est conique ; très-large au niveau du pli de l'aine, elle est comme étranglée au point où commence le genou ; la partie postérieure est occupée par la fesse droite, aussi volumineuse que la gauche, et qui se porte beaucoup plus bas que cette dernière, ainsi que je l'ai dit.

Dans l'épaisseur de la masse charnue qui constitue la cuisse, on constate l'existence d'un fémur muni d'une tête normale, puisque les mouvements de rotation, de flexion, sur l'abdomen, etc., s'exécutent avec facilité.

Cet os se termine par deux condyles séparés par une gorge qu'il est facile de reconnaître ; l'absence de la rotule, du tendon et du ligament, en ce point, permettant au doigt de s'enfoncer profondément entre les deux éminences.

Le condyle interne, assez large, s'articule seul avec l'os de la jambe ; l'externe, beaucoup plus volumineux, forme une saillie plus considérable et se prolonge 2 centimètres au moins plus bas que l'interne.

Ce condyle externe représente, *pour nous*, vu l'insertion des fessiers, le grand trochanter, et sa partie inférieure la rotule, à laquelle arrive un tendon uni aux chairs mêmes de la partie externe de la cuisse.

La jambe, longue en avant de 4 à 5 centimètres, ne semble en arrière constituée que par la gouttière profonde qui la sépare de la fesse, cette dernière étant fortement relevée, elle présente 27 millimètres de hauteur verticale.

Presque cylindrique, elle est séparée du segment crural par deux petits enfoncements qui deviennent très-visibles dans la flexion.

Le tibia seul la constitue, car si le péroné existe, ce n'est qu'à la partie supérieure ; il n'y a pas de malléole externe ; mais l'interne est bien conformée.

Le pied présente des dimensions de beaucoup au-dessous de celles du pied gauche. Les voici :

Longueur mesurée de la partie postérieure du talon,

1° A l'extrémité du premier orteil, côté interne.....		165 millimètres.
2° A l'extrémité du quatrième orteil, côté externe....		140 millimètres.
Largeur au niveau de la partie moyenne des métatarsiens..		75 millimètres.

Le pied gauche, qui est normal, donne les chiffres suivants ;

Longueur	bord interne.........................	245 millimètres.
	bord externe.........................	220 millimètres.
Sa largeur au même point est de..................		110 millimètres.

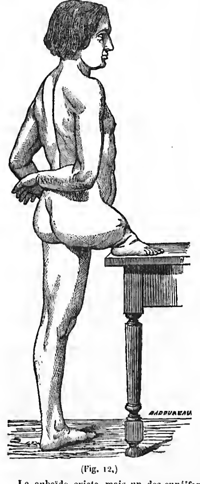
La différence entre les deux pieds est donc de 8 à 9 centimètres pour la longueur, et de près de 4 pour la largeur.

Le pied se termine par quatre orteils ; la voûte plantaire est bien marquée ; le talon est fortement porté en arrière et en haut.

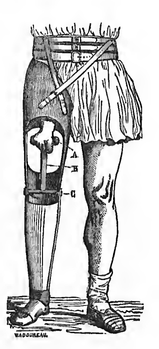
Il est très-facile de suivre un calcaneum grêle et très-allongé, à l'extrémité duquel s'insère un fort tendon ; cet os se porte tellement en haut et en avant, qu'on est tenté de penser qu'il supplée à l'absence d'une partie de l'astragale et qu'il s'articule avec le tibia.

Toutefois une tête astragalienne se perçoit immédiatement au-dessous du tibia. Elle est luxée, placée en avant de ce dernier os, elle fait une saillie assez sensible au-dessus du scaphoïde.

Celui-ci, très-amoindri, est cependant reconnaissable.



(Fig. 12.)



(Fig. 13.)

Le cuboïde existe, mais un des cunéiformes doit manquer; il m'a été impossible de préciser lequel, mes recherches très-minutieuses n'ayant pu arriver à la constatation que de trois des os de la deuxième rangée du tarse.

Nous comptons quatre métatarsiens : les premier et quatrième bien conformés, ne diffèrent en rien de l'état normal, comme les ortells qui leur font suite sont les fidèles représentants des premier et cinquième métatarsiens ordinaires.

Il y a donc lieu de penser que l'absence doit porter sur un des métatarsiens intermédiaires.

Les orteils, bien séparés, très-mobiles, sont constitués par le nombre réglementaire de phalanges ; deux pour le premier, trois pour les trois suivants.

Articulations. — La *hanche* jouit de tous les mouvements ; ceux d'adduction et de flexion de la cuisse sur l'abdomen sont des plus prononcés ; toutefois, ceux de rotation en dehors sont bornés.

La flexion du *genou* est facile en arrière ; l'absence probable de la rotule, du ligament de ce sésamoïde, du tendon du crural antérieur, s'oppose à l'extension ; aussi est-elle nulle. Enfin, les mouvements de latéralité, sensibles en dedans, sont cependant plus marqués en dehors.

L'articulation tibio-tarsienne est presque ankylosée ; il existe, en effet, une luxation incomplète de la tête de l'astragale en avant. Toutefois, un examen attentif permet de saisir un glissement léger du tibia, lorsque l'avant-pied se porte énergiquement en bas et en dehors.

Les métatarsiens sont plus mobiles sur le tarse qu'à l'ordinaire ; leurs mouvements ne s'exécutent que dans le sens vertical, soit en haut, soit en bas, sauf le premier métatarsien, qui peut se rapprocher ou s'éloigner du deuxième os de la région.

Les phalanges jouent avec la plus grande aisance les unes sur les autres et aussi sur les os du métatarsien ; la flexion des orteils peut aller jusqu'au contact de la plante du pied : de là, la facilité avec laquelle ils peuvent retenir facilement et avec assez de force des corps d'un petit diamètre, tels qu'une plume, un crayon.

Disons aussi, pour être complet, qu'il m'est démontré que le gros orteil peut arriver à une certaine opposition avec le troisième, mais non jusqu'au contact, car il est resté séparé d'environ 1 centimètre.

Muscles. — J'ai fait exécuter à M. Auf... les mouvements les plus variés, et, par la contraction des muscles, j'ai obtenu une saillie suffisante pour reconnaître leur direction, leurs insertions ; mais la confusion probable d'un certain nombre d'entre eux, leurs adhérences réciproques, m'ont jeté souvent dans un grand embarras : il était difficile de désigner avec la netteté exigée en anatomie chacun, des agents actifs de la locomotion du membre.

J'ai eu alors recours soit à l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne), soit à celui de Legendre et Morin. Ces essais m'ont donné des résultats plus satisfaisants.

La masse énorme des *fessiers* s'insère au condyle externe du fémur, qui se confond pour nous avec le grand trochanter ; de même la saillie inférieure de ce condyle qui reçoit le vaste externe, et peut-être un vestige du crural antérieur, est une rotule soudée.

Le couturier est distinct jusqu'à la partie interne du fémur. Là, il se réunit à des tendons et faisceaux de la région interne et arrive au tibia, où il s'insère comme eux au bord interne de ce dernier os.

L'électricité fait reconnaître des adducteurs dont l'action générale est synergique, mais l'action isolée des différents faisceaux n'a pu être mise en relief.

Enfin, l'énergie de la flexion de la cuisse sur l'abdomen fait supposer un psoas et un iliaque ; je n'ai pu, toutefois, dans mes recherches, constater au travers des parties molles le petit trochanter.

Les muscles de la région postérieure, insérés à l'ischion, sont masqués en grande partie par la fesse qui les recouvre. Leur contraction détermine la

flexion de la jambe. Ce mouvement n'est pas net, il se propage toujours en une petite masse arrondie, sorte de mollet rudimentaire, qui se termine par un tendon d'Achille très-fort; ce tendon, long de 2 centimètres, bien isolé, facile à saisir entre les doigts, s'insère à l'extrémité postérieure du calcanéum.

Je n'ai acquis la certitude de l'existence que des muscles jambier antérieur et long extenseur du gros orteil; le grand extenseur commun est absent ou atrophié, car les mouvements d'extension des phalanges ne sont dus qu'à un pédieux inséré au tarse.

J'ai dit qu'il n'y avait pas de péroné; existe-t-il nonobstant des péroniers latéraux? Je crois pouvoir répondre affirmativement pour le court péronier latéral, qui se rend à l'extrémité du quatrième métatarsien.

C'est avec plus de peine encore que j'ai pu déterminer un mouvement isolé des muscles postérieurs et profonds de la jambe; car ce mouvement se communique aux muscles plantaires; toutefois, une coulisse paraît recevoir les tendons du jambier postérieur et peut-être du fléchisseur commun.

Les muscles des régions plantaires sont bien développés, surtout ceux de la région interne; il n'existe peut-être qu'un abducteur du gros orteil, mais il doit être bien puissant, vu l'énergie avec laquelle ce doigt se porte en dehors.

Artères. — Une crurale assez volumineuse bat avec force sur la branche horizontale du pubis; elle oblique promptement vers les côtés interne et postérieur du membre et cesse d'être perceptible à 7 centimètres au-dessous de sa naissance.

On sent nettement les pulsations d'une tibiale postérieure. La pédieuse doit être d'un calibre bien médiocre, car les battements demandent, pour être perçus avec certitude, que le pied n'ait pas été refroidi par une trop longue exposition à l'air.

Veines. — Je n'ai pu trouver de traces de veinules pouvant représenter la saphène ; mais une saphène interne, uée du dos du pied, arrive jusqu'à 2 centimètres du pubis et s'enfonce dans les parties.

La sensibilité est intacte, le sens du toucher exquis.

Tératologie.

(Les détails dans lesquels nous avons dû entrer, nous permettent de supprimer cette partie du travail de notre confrère de Brest; car elle est, en partie du moins, une répétition des remarques que nous avons présentées. Induit en erreur par la phrase d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire, que nous avons citée et soulignée, M. Duval dit: « On est étonné de voir que, sans *aucune exception*, cette monstruosité n'a pas été jusqu'ici rencontrée isolée. » Aussi présente-t-il le fait qu'il soumet à l'examen de la Société comme un cas *unique* dans la science, et venant répondre à la demande formulée par le savant auteur du traité des anomalies de l'organisation. Nous avons fourni la preuve que les arrêts de développement bornés à un seul des membres abdominaux ne sont pas aussi rares que l'a prétendu Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et que le pense M. Duval. Cette réserve faite, nous donnons la fin de la notice de notre collègue.)

Prothèse.

Ainsi que je l'ai dit, poursuit M. Duval, M. Auf... ne s'est servi jusqu'à ce jour que de béquilles; poussé aujourd'hui par le désir bien naturel de pouvoir, dans la suite, se rendre utile à ses parents et occuper un emploi plus convenable, il

m'a demandé des conseils sur la possibilité de l'emploi d'un appareil prothétique.

Je ne pouvais, avec quelques personnes, penser à conseiller à ce jeune homme l'usage d'un appareil analogue à celui de *Foullioy*, c'est-à-dire le condamner à ne marcher désormais qu'en fauchant et par le mouvement ondulatoire que décrivait si bien notre ancien inspecteur général.

Il était de mon devoir de tirer un parti aussi avantageux quo possible :

1° D'une articulation coxo-fémorale presque normale, dont la plupart des mouvements s'exécutent bien, mais sont loin d'avoir toute leur force et leur précision ;

2° De ne pas négliger le tronçon si court du fémur ;

3° Enfin, c'eût été avec regret que j'eusse renoncé à ne pas utiliser un pied, atrophié il est vrai, mais dont les orteils et les métatarsiens si mobiles pouvaient me servir, ou de point d'appui par leur puissance de pression, ou même de moyen de préhension et de traction pour devenir eux mêmes agents do mouvements au moins pour l'articulation du genou.

J'étais du reste conduit à adopter ce principe, lorsque j'ai pu m'assurer que, sur un terrain bien uni, le plancher d'une salle, par exemple, M. Auf... peut marcher sans aide avec une certaine vitesse, en saisissant avec les orteils la barre transversale qui joint les branches obliques de la béquille.

J'ai fait établir un appareil provisoire des plus grossiers composé :

1° D'une cuvette ou cuirasse en cuir qui enveloppe la plus grande partie du côté droit du bassin, maintenue en place en avant et en arrière par deux lanières en cuir qui se rendent à une ceinture bouclée qui entoure le trono, et ainsi analogue à celle dont M. Arlaud a fait usage à Toulon, lorsqu'il a fait subir certaines modifications à l'appareil Foullioy.

Cette cuirasse enveloppe tout le segment crural et présente dans son fond, à sa partie inférieure, un trou qui laisse passer le petit segment de la jambe et du pied. Cette ouverture est placée immédiatement au-dessous du pli de la fesse qui, elle, repose aussi sur la cuvette et, comme on le sait, est la marque de démarcation de la cuisse et de la jambe.

Aux côtés externe et interne du membre artificiel se trouvent quatre attelles en acier, réunies au genou, comme dans les appareils ordinaires ; deux attelles fémorales assez courtes, deux tibiales, plus longues. Celles-ci, les attelles inférieures, sont réunies par un boulon A supportant une tige B qui présente à sa partie supérieure une barre transversale C s'élevant au niveau de la plante du pied.

Le pied peut, ou s'appuyer sur cette sorte de pédale, ou, la saisissant avec les quatre orteils, lui imprimer un mouvement en arrière, qui porte forcément la jambe et le pied artificiels en avant.

Comme l'articulation du genou sera la même que dans l'appareil *Martin*, la cessation de l'action amènera l'extension du membre, qu'il sera facile de prolonger à l'aide ou d'une targette ou d'une goupille, qu'on peut adapter à l'appareil.

La jambe et le pied ne devront présenter rien qui ne soit connu, depuis bien longtemps, de tous les chirurgiens.

Je me suis assuré que les mouvements du pied anormal alternant avec des repos égaux peuvent, sans fatiguo, aller à 50 par minute.

Je crois aussi qu'en couvrant le pied d'une chaussure épaisse, dont la semelle serait garnie de cuir et qui supporterait encore deux crochets à concavité

postérieure, la fatigue serait moins sensible et que le nombre des mouvements, dans un temps donné, serait augmenté.

Mais les essais que j'ai faits, quoique m'ayant toujours donné des résultats satisfaisants, ne me paraissent pas assez concluants, d'une part, et, d'autre part, la position de fortune de M. Auf... me fait un devoir de conscience de ne pas lui donner encore l'avis de faire confectionner un appareil dont le prix sera un peu élevé pour lui.

Aussi, en soumettant ce travail à la Société de chirurgie, je n'hésite pas à demander à ses membres, plus compétents et plus capables que moi en prothèse, des conseils bienveillants, surtout sur cette dernière partie.

Tel est le cas très-intéressant et fort bien étudié par M. Duval.

(*La suite au prochain numéro.*)

Le docteur Ernest Godard, dans son testament doté à Jérusalem, des 3 et 4 septembre 1862, a fait, en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du testateur, en adoptant le présent règlement dans les séances du 23 janvier et du 13 février 1863.

Art. 1er. — Un prix portant le nom d'Ernest Godard, son fondateur, sera décerné *tous les deux ans* par la Société anatomique de Paris, à l'auteur du *meilleur Mémoire concernant soit l'Anatomie normale, soit l'Anatomie pathologique, soit la Tératologie.*

Art. 2. — La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs (420 fr.).

Art. 3. — Seront admises à concourir toutes les personnes, *françaises ou étrangères*, qui adresseront à la Société : 1° un Mémoire *manuscrit ou imprimé*, sur les sciences ci-dessus désignées; 2° une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

Art. 4. — On n'admettra pas toutefois les Mémoires publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétroactivement compté à dater de l'époque à laquelle on décernera le prix.

Art. 5. — On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été, antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour.

Art. 6. — Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Art. 7. — Une Commission de cinq juges, choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société, sera chargée d'apprécier le mérite des Mémoires envoyés. Cette Commission sera nommée dans la première séance d'août.

Art. 8. — Le prix sera décerné, pour la première fois, dans la première séance du mois de janvier 1865, et ensuite dans la même séance du même mois pour les années impaires 1867, 1869, 1871, etc.

Art. 9. — Si, une année, le prix n'était pas donné, on le reportera sur l'année suivante, c'est-à-dire sur une année paire 1866, 1868, etc., sans préjudice du prix qui sera donné intégralement, selon la règle, les années impaires, 1867, 1869, etc.

Art. 10. — Que le concours ait lieu en 1865, 1867, etc., ou bien en 1866, 1868, etc., ce sera toujours à la date du 31 juillet au soir, pour dernier délai, que l'archiviste de la Société arrêtera la liste des candidats inscrits.

Art. 11. — Les exemplaires des ouvrages envoyés au concours deviennent

tous la propriété de la Société; mais les auteurs des Mémoires manuscrits pourront être autorisés à en prendre copie.

Dispositions transitoires. — Le prix Ernest Godard devant être décerné, pour la première fois, au mois de janvier 1865, on n'admettra pas, pour le concours prochain, les Mémoires imprimés avant le 1er janvier 1862. Les personnes qui désirent concourir pour le prix à décerner en 1865, devront envoyer *franco* leur travail avec la lettre ci-dessus mentionnée, à l'archiviste de la Société (M. le docteur Poumet, rue Richelieu, 108, à Paris), avant le 1er août 1864 exclusivement, terme de rigueur.

Le président perpétuel : Cruveilhier.

Nota. On rappelle aux concurrents qu'ils doivent indiquer lisiblement leurs nom, prénoms, titres, résidence et adresse.

Dans ce testament, le docteur Ernest Godard a inséré la clause suivante :

« Je lègue à la Société de biologie de Paris, ou si elle n'est pas reconnue par l'Etat, je lègue à son président une somme de *cinq mille* francs dont les revenus *tous les deux ans* formeront le capital d'un prix qui sera donné *au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie*. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

Les conditions légales ayant été remplies et la famille d'Ernest Godard ayant généreusement pris à sa charge le payement des droits, la Société de biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars dernier, que, dans celle de ses réunions la plus rapprochée du 6 janvier, jour de la naissance du testateur, elle décernerait tous les deux ans, au nom d'Ernest Godard, un prix d'une valeur indiquée par la teneur de la clause ci-dessus. Le premier de ces prix sera décerné en janvier 1865.

Les savants étrangers à la Société de biologie qui désireraient concourir au prix Ernest Godard devront, en conséquence, adresser leurs mémoires, *imprimés ou manuscrits*, répondant à la teneur de la clause testamentaire à M. le président de la Société de biologie, rue de Londres, 14, avant le 1er novembre 1864.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service des hôpitaux, par suite du décès de M. Chapotin de Saint-Laurent, médecin de l'hôpital Cochin. M. Woillez passe à Cochin, M. Goupil passe à Saint-Antoine, M. Simonet passe à Loureine et M. Millard à Saint-Antoine.

M. Joulin, second pharmacien en chef de la marine, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Parmi les récompenses accordées à l'occasion de l'exposition de Londres, il en est une que nous avons omise, et que le *Bulletin de Thérapeutique*, moins que toute autre publication, pouvait taire, la nomination de M. Dorvault au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Jusqu'au moment où il a pris la direction de la pharmacie centrale des pharmaciens de la France, M. Dorvault nous a prêté un concours trop dévoué et trop précieux pour que nous ne joignions pas nos félicitations à celles de toute la presse médicale ; pour être tardives, elles n'en sont pas moins très-sincères.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'épilepsie dans ses manifestations légères, et de son traitement rationnel.

Par M. le docteur Michéa.

Les plus faibles degrés de l'épilepsie sont désignés aujourd'hui sous les noms d'*absence* et de *vertige*. Que ces deux termes expriment deux modes distincts de la névrose en question, comme le pense M. Delasiauve, ou qu'ils ne traduisent qu'un seul et même groupe de symptômes, comme semblent l'admettre d'autres auteurs qui les regardent comme synonymes, toujours est-il que l'absence et le vertige offrent des caractères d'autant plus essentiels à bien connaître qu'ils sont parfois très-peu tranchés, et partant fort susceptibles de passer inaperçus.

Et tout d'abord, le trouble psychique n'a jamais ni l'intensité ni la durée qu'il présente dans les attaques d'épilepsie proprement dites.

Le malade tombe très-rarement, mais il vacille parfois ou lâche les objets qu'il tient à la main. S'il marche, il s'arrête tout à coup, et s'il est debout, il cherche à s'asseoir.

Il reste privé de connaissance pendant quelques secondes, souvent pendant une seule. Au milieu de cet obscurcissement des fonctions de l'intelligence, au sein de cette sorte d'éclipse de la pensée, dont l'apparition et la disparition ont la rapidité de l'éclair, si le sujet cause, la parole expire sur ses lèvres ; s'il écoute, il cesse de prêter son attention et de comprendre ; et si on l'interroge, il est incapable de répondre. Ce trouble mental, dont le sujet semble parfois avoir conscience, est si léger et si fugitif, que les assistants peuvent ne pas s'en apercevoir, et qu'en voyant le malade s'interrompre au milieu d'un discours ou d'une conversation, ils le croient distrait, ou bien ils supposent qu'il réfléchit, qu'il médite. Le trouble dont il s'agit ressemble en effet beaucoup à une distraction ou à un recueillement rapide, car il passe sans laisser aucune trace après lui dans les fonctions de l'intelligence : on ressaisit très-vite le fil de la conversation, on la reprend au point où on l'avait laissée, en achevant même parfois les phrases ou les mots interrompus, absolument comme le font les distraits ou les méditatifs, qu'on arrache brusquement à l'objet de leur distraction ou de leur méditation.

Contrairement à ce qui arrive dans les grandes et les moyennes attaques d'épilepsie, le sentiment n'est jamais complétement aboli au milieu du vertige ou de l'absence. Les principales facultés sensorielles persistent. Bien qu'ils ne comprennent pas ou qu'ils comprennent mal, et qu'ils ne puissent point parler, les sujets voient les objets ambiants et entendent les paroles prononcées autour d'eux. Toutefois il faut ajouter que l'ouïe et la vue sont souvent en butte à des illusions, surtout ce dernier sens. Tantôt on aperçoit en effet les corps en repos se mouvoir en rond autour de soi, comme dans le vertige qu'on éprouve en tournant sur soi-même ou en regardant en bas du haut d'un lieu très-élevé, et tantôt ces objets semblent doubles, renversés, plus petits ou plus grands que nature, revêtus de couleurs ou de formes qu'ils ne possèdent pas réellement; et c'est peut-être parce que les sens sont étrangers ou ne participent pas autant au trouble intellectuel, que les sujets semblent parfois avoir conscience de leur état comparé par eux soit à un étourdissement passager, soit à l'imminence d'une syncope, soit à une simple berlue.

Du reste, dans le vertige et dans l'absence, il n'y a ni cri initial, ni écume à la bouche, ni sommeil stortoreux, ni même simple tendance au sommeil. Le visage ne devient jamais rouge ou violet : ces modes de l'épilepsie ne se traduisent sur la figure que par une légère pâleur, un air d'étonnement et la fixité du regard.

Quelques auteurs pensent que dans les manifestations légères de l'épilepsie, notamment dans l'*absence*, le trouble psycho-sensoriel est complètement exempt de convulsions partielles, même toniques. M. Calmeil partage cette opinion, vers laquelle penche aussi M. Delasiauve; mais elle est contestée par d'autres pathologistes. M. Herpin, par exemple, affirme n'avoir jamais été témoin d'un seul vertige (pour cet auteur, le vertige est le plus faible degré de l'épilepsie) sans avoir observé une convulsion quelque part, convulsion ordinairement tonique. Cette opinion est aussi la nôtre, et M. Delasiauve, qui admet comme tout le monde que la fixité du regard est un des symptômes de l'absence, finit par convenir, tout en niant avec M. Calmeil l'existence des convulsions partielles, que cette fixité du regard pourrait bien être à la rigueur la conséquence d'une convulsion tonique des muscles de l'œil.

S'il était parfaitement établi en symptomatologie que le plus faible degré de l'épilepsie pût être exempt de convulsions et qu'il a exclusivement pour caractère un trouble psychique, il s'ensuivrait en pathogénie que les phénomènes initiaux du mal caduc émanent

du système cérébral et non du système spinal, comme l'admettent Marshal-Hall M. Brown-Séquard [1].

Mais, je le répète, il y a toujours une convulsion partielle dans le plus faible degré de l'épilepsie : le spasme est ordinairement tonique, et il peut même intéresser exclusivement les muscles de la vie organique, d'où parfois la difficulté de le constater, circonstance qui a pu faire croire au défaut absolu de convulsions dans l'absence.

Les muscles de la vie de relation sur lesquels porte ordinairement la convulsion tonique dans la manifestation épileptique légère, sont ceux de l'œil. Tantôt, en effet, le spasme tonique porte sur tous ces muscles à la fois, d'où la fixité du regard, et tantôt il ne porte que sur un seul, d'où un léger strabisme. En comprimant la glande lacrymale, la convulsion tonique des muscles de l'œil peut produire le larmoiement, dernier symptôme observé pour la première fois par Tissot, qui, au lieu de le considérer comme un phénomène tout mécanique, l'attribuait à tort à une cause morale.

Au spasme tonique des muscles de l'œil, auquel peut se substituer la palpitation de la paupière supérieure, on voit parfois s'ajouter soit un peu de roideur du cou, soit un léger trismus, soit la flexion ou l'incurvation d'un doigt du pied ou de la main, soit une imperceptible constriction du pharynx se traduisant par des efforts de déglutition, soit un très-faible spasme du larynx ayant pour effet un peu de dyspnée, soit une légère convulsion du diaphragme qui donne lieu à une inspiration bruyante analogue à celle du hoquet, soit enfin la rétraction des testicules.

Il faut bien s'attacher à ne pas confondre l'absence ou le vertige avec la menace de la syncope ou avec l'imminence de la congestion cérébrale.

La semi-perte de connaissance et la décoloration du visage étant des phénomènes communs au vertige et à la syncope, il n'est nullement extraordinaire que les malades et que les médecins eux-mêmes puissent se méprendre parfois. Le diagnostic différentiel repose alors sur les bases que voici : Dans la syncope, où le cœur, par le fait de ses mouvements ralentis, n'envoie plus assez de sang au cerveau pour stimuler ce viscère, le pouls est petit, misérable,

(1) Dans l'enchaînement des symptômes de l'épilepsie, Marshall-Hall et M. Brown-Séquard subordonnent, comme on le sait, les phénomènes psychiques (perte de connaissance, trouble intellectuel ou moral) aux phénomènes convulsifs, et pour ces auteurs le cerveau n'est jamais primitivement affecté dans cette névrose, mais seulement le système spinal (moelle allongée et moelle épinière).

presque insensible. Dans l'absence, où le cerveau fonctionne mal, uniquement parce que la contraction spasmodique de ses vaisseaux empêche le sang d'y arriver librement, le pouls, au contraire, reste à l'état normal, et souvent même il est remarquable par sa force, sa vivacité, sa fréquence. D'ailleurs, sans parler de la résolution des membres qui existe toujours dans la syncope et jamais dans l'absence, la durée de celle-ci est beaucoup plus passagère que celle de la syncope. Mais une erreur plus facile à commettre, c'est celle qui consiste à prendre le vertige épileptique pour l'imminence d'une attaque d'apoplexie; car, dans certains cas de vertige, la convulsion tonique peut échapper très-facilement à l'attention, et il existe des illusions sensoriales sans aucun trouble de l'intelligence, absolument comme dans l'imminence d'une congestion ou d'une hémorrhagie cérébrale. Les circonstances héréditaires, l'âge du sujet, la marche de l'affection serviront ici de flambeau au diagnostic différentiel.

Quelque robuste et sanguin que soit un sujet, et beaucoup d'épileptiques ont une forte constitution, une constitution presque athlétique, d'où peut-être le nom de *morbus Herculeus* donné à l'épilepsie par les anciens; quelque robuste et sanguin qu'on soit, dis-je, l'apoplexie ne survient guère avant l'âge de trente-huit ou quarante ans, tandis que l'épilepsie atteint tous les âges. Un autre moyen de diagnostic différentiel, un moyen d'une grande valeur, une sorte de pierre de touche, c'est la saignée. Si malgré une ou plusieurs émissions sanguines les vertiges continuent, le doute n'est plus possible : c'est à l'épilepsie et non à la tendance à l'apoplexie qu'on a affaire. Il est un peu plus difficile de ne pas confondre le vertige épileptique avec le vertige des dyspeptiques. Cependant l'anorexie ou la boulimie, le vomissement de matières glaireuses ou acides, la disparition complète des accidents sous l'influence des toniques et des amers, serviront à distinguer le second du premier.

D'un autre côté, quand il s'agit de jeunes sujets, il est très-important de bien s'entendre sur la valeur des mots convulsions, éclampsie, épilepsie. Dans l'enfance, les convulsions de l'éclampsie peuvent se distinguer assez aisément des convulsions de la méningo-encéphalite. On reconnaît à la fréquence des paroxysmes et au développement de l'appareil fébrile que les convulsions des enfants sont le résultat de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes. Dans l'intervalle des accès d'éclampsie, il n'y a, au contraire, ni fréquence du pouls, ni chaleur à la peau, ni soif, etc. Le diagnostic est un peu plus difficile toutefois quand les convulsions dépendent

d'une méningite non plus franche, mais à début lent, insidieux, presque apyrétique, comme celui de la méningite tuberculeuse; car si cette dernière maladie peut apparaître tout à coup au milieu d'une santé en apparence parfaite, le plus ordinairement elle ne se déclare qu'à la suite de symptômes précurseurs plus ou moins prolongés. Dans ce dernier cas, la présence ou l'absence des signes de tuberculisation pulmonaire ou abdominale est la seule pierre de touche du diagnostic.

Quant au diagnostic différentiel de l'éclampsie et de l'épilepsie chez les enfants, il est souvent d'une difficulté plus grande encore, et parfois même il repose sur des éléments illusoires, sur des bases purement nominales.

Au point de vue de la *forme*, les convulsions et les troubles psychiques de l'éclampsie dentaire, par exemple, sont absolument semblables aux troubles psychiques et aux convulsions de l'épilepsie proprement dite. Dira-t-on que, dans l'accès d'éclampsie, l'abolition du sentiment est moindre que dans l'accès d'épilepsie? Mais, sous le rapport de l'*intensité* comme sous celui de la *forme*, les symptômes caractéristiques de ces deux genres d'attaques sont également identiques. Il y a des accès d'éclampsie où la perte du sentiment est complète, comme il y a des accès d'épilepsie où la connaissance n'est pas entièrement abolie. Le plus ou moins d'étendue des convulsions, leur manifestation dans un plus ou moins grand nombre de muscles est un signe qui manque aussi d'exactitude, et, en le supposant vrai, il ne serait pas suffisant d'ailleurs pour établir entre les deux maladies une distinction si absolue.

Enfin, on a cherché encore à différencier l'éclampsie des enfants de l'épilepsie essentielle en prenant pour base non plus la qualité ou l'intensité des accès, mais bien leur *quantité*, et ce dernier élément de diagnostic est le seul qui jouisse aujourd'hui de quelque valeur. Le caractère presque constant de l'éclampsie, s'il faut en croire presque tous les auteurs recommandables, consiste en effet dans le petit nombre des accès, parfois borné à un seul, tandis que dans l'épilepsie ils sont plus multipliés, ils ont une tendance à se répéter. Mais la quantité des accès convulsifs, leur état aigu ou chronique ne peut changer en rien leur nature.

La seule distinction légitime entre l'éclampsie et l'épilepsie est celle du point de départ. L'épilepsie essentielle est toujours une maladie centrifuge, elle a constamment son origine ou dans le système spinal, ou dans le cerveau, qui agit directement sur la moelle, c'est-à-dire sans que le pouvoir réflexe intervienne, tandis

que l'éclampsie est, au contraire, une affection centripète, une maladie qui a toujours sa source dans un point du système nerveux étranger au centre cérébro-spinal, un trouble qui dérive d'une irritation du système nerveux périphérique ou du système nerveux ganglionnaire, irritation transmise à la moelle, d'où elle se réfléchit sur l'appareil nerveux moteur. Or, pour être tantôt idiopathique et tantôt sympathique ou réflexe, le mal caduc ne change pas d'essence. La manie sympathique de l'état puerpéral ne cesse pas de s'appeler manie. Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'épilepsie aiguë, sympathique de la dentition, de la grossesse, etc., etc. ? Pourquoi ne substituerait-on pas au mot éclampsie celui d'épilepsie puerpérale, utérine, dentaire, vermineuse, etc. ? En conservant le mot éclampsie, au lieu de le remplacer par celui d'épilepsie sympathique ou réflexe, on semble vouloir établir une barrière infranchissable entre l'éclampsie et l'épilepsie essentielle, on paraît croire que la seconde de ces deux névroses ne peut jamais se substituer à la première. Or, rien n'est plus contraire à l'observation attentive et rigoureuse des faits cliniques. L'épilepsie peut succéder en effet à l'éclampsie des jeunes sujets, et celle-ci est regardée maintenant par plusieurs auteurs comme une cause prédisposante du mal caduc. Sur 232 épileptiques observés par M. Beau, 12, c'est-à-dire 5 pour 100, avaient eu des convulsions dans leur enfance. Suivant M. Herpin, cette proportion serait plus forte, car sur 55 sujets atteints de mal caduc, il en aurait vu 4, c'est-à-dire plus de 7 pour 100, qui avaient été éclamptiques (*Traité de l'épileps.*, p. 348). D'après notre propre expérience, la proportion de 7 pour 100 est encore au-dessous de la vérité. Nous avons eu le plus grand soin de noter l'absence ou l'existence des convulsions éclamptiques dans tous les cas d'épilepsie à l'égard desquels il nous a été possible d'avoir des renseignements commémoratifs : or, sur 63 sujets atteints de cette dernière névrose à tous les degrés, 13, c'est-à-dire un peu moins d'un quart, avaient eu dans leur enfance, avant l'âge de sept ans, surtout pendant la première dentition, des convulsions plus ou moins marquées.

Du fait incontestable que l'éclampsie des enfants constitue une cause prédisposante de l'épilepsie découle donc, en thérapeutique et en prophylaxie, la conséquence qu'on ne doit jamais abandonner à elles-mêmes les convulsions qui surviennent pendant le cours de la dentition; qu'il faut surveiller aussi l'éclampsie vermineuse, et en général toutes les convulsions apyrétiques qui peuvent survenir chez les enfants au-dessous de sept ans; et enfin qu'il est pru-

dent d'agir comme si l'on avait affaire à l'épilepsie, même quand la pousse des dents et la destruction des entozoaires ont mis depuis longtemps un terme à ces convulsions.

Le vertige peut devancer l'apparition des grandes ou des moyennes attaques d'épilepsie, et alors il peut se manifester isolément des semaines, des mois, des années, avant ces attaques auxquelles il sert en quelque sorte de prélude. L'ordre d'apparition et de succession de tous les symptômes a été noté par nous avec le plus grand soin chez les 63 épileptiques dont il a été question plus haut. Or, sur ce nombre, 37, c'est-à-dire plus de moitié, avaient eu des vertiges plus ou moins longtemps avant la première manifestation des grandes attaques, vertiges qui chez beaucoup de ces sujets étaient restés sinon inaperçus, du moins méconnus.

Le plus faible degré de la manifestation de l'épilepsie, quand il est simple ou isolé, est en effet assez rarement apprécié à sa juste valeur par les familles des malades, et cela au grand préjudice de ceux-ci. Dans les maisons riches, où l'on consulte plusieurs médecins, ceux qui nient alors l'existence de l'épilepsie sont presque toujours sûrs d'être écoutés de préférence à ceux qui se prononcent pour l'affirmative, tant les gens du monde ont horreur du mot épilepsie, tant, dans un intérêt mal entendu, ils cherchent eux-mêmes à se faire illusion sur le diagnostic de cette maladie, en face de laquelle ils s'endorment pour ainsi dire, précisément alors qu'il faudrait redoubler de vigilance pour ne pas laisser échapper le moment le plus favorable à l'efficacité des agents thérapeutiques.

Obs. I. — Mme ***, agée de vingt-huit ans, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament nerveux. Elle est fille d'un père qui eut plusieurs attaques de congestion cérébrale, et d'une mère sujette à de violents accès de migraine. Elle n'a point eu de convulsions dans son enfance. Réglée à seize ans, elle eut à dix-huit un dérangement des fonctions digestives, de l'anorexie, des coliques, de la diarrhée, et pendant plusieurs mois les menstrues furent irrégulières et peu abondantes. A cette époque (c'était vers la fin de 1850), elle commença à éprouver des phénomènes nerveux, qui consistaient en des accès de dyspnée légère accompagnée d'un sentiment indéfinissable d'embarras ou plutôt d'affaiblissement des facultés intellectuelles, accès pendant lesquels elle éprouvait une grande difficulté à penser et une impossibilité complète à répondre aux questions qui lui étaient adressées.

La durée de ces accès ne dépassait pas quelques secondes. Quand ils survenaient le jour, au milieu d'une promenade, ils n'empêchaient nullement la malade de la continuer. Quand ils surprenaient celle-ci dans un salon, en causant, personne ne se doutait du trouble intellectuel, tant il était rapide, tant il ressemblait à ce qu'on

nomme une distraction, et tant, ce trouble une fois passé, la malade reprenait aisément le fil de la conversation. La famille de Mme *** n'attachait du reste aucune importance à ces phénomènes, qui étaient considérés par elle et par la malade comme une simple tendance à la syncope.

Séparés d'abord par des intervalles de plusieurs mois, ces symptômes, qui avaient lieu surtout à l'approche ou à la suite des époques menstruelles, devinrent plus fréquents.

En 1852, ils commencèrent à s'accompagner de mouvements convulsifs dans les membres. Primitivement très-légers et assez localisés, ces mouvements ne tardèrent pas à se généraliser et à devenir plus intenses. Enfin, depuis 1855, ils se manifestent avec beaucoup de violence environ tous les deux mois, toujours dans la huitaine qui précède ou qui suit l'époque menstruelle. Après un cri plus ou moins étouffé, les membres se tordent en divers sens, il y a perte complète de la connaissance, écume à la bouche, morsure de la langue, le tout se terminant par une période de coma et de stertor, période d'où la malade sort avec une sensation de fatigue dans les membres et beaucoup de dégoût pour toute espèce de travail d'esprit.

Obs. II. — M. B..., cultivateur dans le département de la Marne, d'une forte constitution, d'une haute taille et d'un tempérament sanguin, a une sœur épileptique. Il éprouva à l'âge de trente ans, pour la première fois, un vertige en se baissant afin de soulever une gerbe de blé. Ce vertige, presque aussi rapide que l'éclair, fut suivi de plusieurs autres, le lendemain et le surlendemain, et chaque fois le malade, sans tomber et tout en continuant à voir et à entendre, sentait ses idées se brouiller, son intelligence s'obscurcir. Ces vertiges survécurent à une forte émission sanguine. Un médecin, qui ignorait sans doute que le malade avait une sœur épileptique, répéta la saignée chaque mois pendant un an. Sous l'influence de ce traitement, les vertiges devinrent plus rapprochés et plus intenses, et dix-huit mois après leur début apparurent des attaques avec chute, cri initial, perte entière de la connaissance, convulsions générales, écume à la bouche, morsure de la langue, coma et stertor, taches sanguines au visage. Ces grandes attaques se manifestèrent d'abord trois fois par an, puis se rapprochèrent graduellement, de manière à devenir à peu près bi-mensuelles. Malheureusement, il y avait vingt ans que l'épilepsie existait quand ce malade, jusqu'alors traité sans aucun succès par des médications empiriques, nous fut confié en désespoir de cause.

Nous venons de dire que l'épilepsie dans ses manifestations légères peut rester longtemps méconnue, et que bien des familles, malheureusement trop disposées à se faire illusion, mettent en doute le diagnostic de la maladie et par conséquent temporisent quand il serait opportun d'agir. Or, c'est en effet quand l'épilepsie se borne au vertige ou à l'absence, et quand on cherche dès le début à lui opposer des médications appropriées, que celles-ci offrent le plus de chances de succès.

Obs. III. — Nous fûmes consulté, au mois d'avril 1858, pour un sujet de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, ayant une taille ramassée et un col très-court, qu'on croyait et qui se croyait lui-même menacé d'apoplexie, parce qu'il éprouvait de temps à autre, tous les huit ou dix jours, des vertiges au milieu desquels il voyait les objets renversés et se sentait agité par un mouvement de tangage, absolument comme s'il eût été sur un vaisseau. Deux émissions sanguines, qu'on avait pratiquées à quinze jours d'intervalle, n'avaient pas fait disparaître les phénomènes en question, qui se manifestaient presque toujours entre quatre et cinq heures du matin. Le sujet n'accusait ni souffrance ni malaise du côté des voies digestives, ce qui faisait éloigner l'idée du vertige dyspeptique. Mais en questionnant bien les personnes de la famille, nous apprîmes que, au milieu de son vertige, le sujet pâlissait et avait le globe de l'œil fixe et saillant; de plus, nous sûmes que son père avait été épileptique. Dès lors, pour nous le doute n'était plus possible; mais la famille en conservait encore. Elle ne tarda pourtant pas à être tout à fait désabusée : car quatre mois et demi après la consultation dont il s'agit, on s'empressa de nous apprendre que le sujet venait d'avoir pour la première fois un accès avec chute, perte de la connaissance, écume à la bouche, secousses convulsives, etc. Il fut soumis immédiatement à l'usage des sels d'atropine, du sulfate d'abord, puis ensuite du valérianate, à la dose de 1 milligramme par jour, en suspendant et en reprenant toutes les semaines. Il survint une seconde attaque semblable à la première au mois de décembre. Le traitement fut continué avec persévérance, et jusqu'à présent avec un succès complet. Le sujet vient nous voir de temps à autre; nous l'avons vu tout récemment (30 janvier 1863), et son attaque du mois de décembre 1858 a été la dernière. Quant aux simples vertiges, ils ont aussi totalement disparu.

L'influence salutaire que les médications appropriées, notamment les sels d'atropine, exercent sur les grandes attaques d'épilepsie commençante qui ont été précédées de simples vertiges, cette influence salutaire est non moins évidente dans certaines grandes attaques de mal caduc survenues d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédées de simples vertiges quand le mal ne fait aussi que débuter. Les deux cas suivants en sont des exemples :

Obs. IV. M***, peintre en bâtiments à Saint-Denis, est âgé de trente-quatre ans. Il a eu une jeunesse assez orageuse ; mais, marié depuis quatre ans, il mène une vie régulière. Il est d'une taille ordinaire et d'une assez forte constitution. Il a de l'embonpoint et le col un peu court. Il a toujours eu le teint éclatant, mais plutôt pâle que coloré. Il n'a point d'hémorrhoïdes, il n'a jamais eu la colique des peintres, il n'est sujet ni à la céphalalgie, ni aux tintements d'oreilles ni aux éblouissements, ni à aucun autre signe précurseur de la congestion cérébrale.

Le 15 janvier 1860, sans aucun phénomène prodromique et sans

causes appréciables, M*** eut une première attaque d'épilepsie, au milieu du jour, peu de temps après avoir pris un seul canon sur le comptoir d'un marchand de vins. Il en eut une seconde toute semblable vers la fin du même mois, également pendant le jour; il en eut deux dans le courant du mois de février, et il en eut quatre dans le courant du mois de mars. Chacun de ces accès surprenait toujours le sujet à l'improviste, et rien ne pouvait faire prévoir leur retour.

Nous vîmes pour la première fois le malade à Saint-Denis, au commencement d'avril, avec deux honorables confrères de cette localité, M. le docteur Andrieu et M. le docteur Moreau de Saint-Ludger, chirurgien-adjoint de la maison impériale de la Légion d'honneur.

Il eut devant nous une attaque, au moment où nous pénétrions dans sa chambre.

Dans cette attaque, dont nous pûmes observer toutes les phases, il commença par pousser un cri assez faible, il pâlit, puis il tomba à terre en perdant complétement connaissance. Les membres et le tronc éprouvèrent d'abord de la roideur, puis furent pris de secousses. Le cou se tourna fortement à droite, la pupille se cacha sous la paupière supérieure, un peu d'écume parut à la bouche, le visage passa du pâle au rouge et du rouge au violet pour redevenir pâle. Cet état, pendant lequel la respiration était anxieuse, dura un demi-quart d'heure, après lequel le malade reprit connaissance, sans se rappeler ce qui venait de se passer, et répondit à toutes nos questions avec un peu d'étonnement, mais d'une manière fort juste, sans tendance au sommeil, sans lassitude marquée, en un mot presque sans aucune trace de sa crise.

Une saignée de 500 grammes fut prescrite, et elle fut pratiquée presque immédiatement par M. Moreau de Saint-Ludger. Nous conseillâmes en même temps le sulfate d'atropine, à la dose de 1 milligramme par jour, sous forme de pilules. Nous conseillâmes aussi au malade de renoncer à son métier de peintre en bâtiments, et de reprendre celui d'ébéniste qu'il avait appris dans sa jeunesse.

Le sulfate d'atropine fut remplacé au bout de trois semaines par le valérianate, administré aux mêmes doses, et ce dernier sel atropique fut continué ainsi pendant cinq mois, avec des interruptions d'une semaine, de temps à autre. Deux attaques eurent lieu durant le cours du traitement, mais elles furent les dernières : il y a aujourd'hui plus de deux ans que M*** n'est plus médicamenté, et jusqu'à présent sa guérison s'est parfaitement soutenue.

Au moment où nous achevions la rédaction de ce travail (mars 1863), la femme de M*** vint nous apprendre que son mari avait été conduit à Bicêtre en février dernier, et placé dans la deuxième division de cet hospice pour un commencement de paralysie générale avec délire ambitieux.

Réflexions. — Le malade dont il s'agit dans cette observation étant un peintre en bâtiments, c'est-à-dire un ouvrier manipulant journellement le blanc de céruse, on pouvait tout d'abord croire à

l'existence d'une épilepsie saturnine, et telle fut notre première pensée. L'épilepsie due à l'intoxication plombique se termine, il est vrai, après un intervalle très-court, ou par la mort ou par une guérison définitive; mais elle offre habituellement des caractères différentiels qui ne permettent pas de la confondre avec les autres espèces de mal caduc. Ainsi, par exemple, il y a presque toujours des coliques; la peau est d'une teinte bistre, un liséré couleur d'ardoise se montre sur les gencives, il y a du délire, des hallucinations, une tendance au coma, qui se prolonge longtemps après chaque crise convulsive. Or, aucun de ces symptômes n'existait chez notre malade.

Avions-nous affaire à une épilepsie pléthorique? Suivant Maisonneuve, dans cette espèce de mal caduc, une saignée faite pendant l'accès l'abrége ordinairement et en éloigne les retours d'une manière assez constante; quelquefois même, quand on la réitère à de courts intervalles, elle fait cesser la maladie tout à fait, en en déterminant la cause. Mais, toujours d'après Maisonneuve, l'épilepsie due à la pléthore implique un tempérament excessivement sanguin de sa nature ou rendu tel accidentellement par la suppression de quelque hémorrhagie habituelle. Et puis, cette espèce de mal caduc revêt une forme particulière; sauf les convulsions, tous ses symptômes sont ceux de l'apoplexie. L'accès fini, le malade passe des heures, quelquefois des journées entières, dans un état comateux dont il ne revient que lentement, et après lequel il lui reste souvent, plus ou moins de temps, ou un délire frénétique, ou une paralysie de quelque membre et surtout de la langue. La constitution de M*** était robuste, il est vrai, et son col assez court; mais à part cela, il avait plutôt les apparences du tempérament lymphatique que celles du tempérament sanguin. D'ailleurs, ni avant ni après l'accès, aucun signe ne révélait la moindre tendance à la congestion cérébrale, maladie assez rare du reste chez les hommes qui n'ont pas encore la quarantaine.

Reste donc l'explication d'une guérison spontanée. Est-il vrai que, complétement abandonnée à elle-même, l'épilepsie puisse parfois disparaître d'une façon complète et définitive? Quelques auteurs le prétendent. M. Herpin lui-même rapporte deux cas de prétendue guérison spontanée, l'un relatif à un jeune homme de dix-neuf ans, et l'autre concernant une fille de trente et un ans. Mais ces deux cas ne sont rien moins que concluants : car, dans l'un, l'épilepsie n'avait pas complétement cessé, puisque tous les deux ou trois mois il survenait un vertige de quelques minutes, les grandes attaques seules avaient disparu ; et dans l'autre cas, où il s'agissait

d'un simple vertige, le diagnostic était contestable : l'on avait très-vraisemblablement affaire non pas au vertige épileptique, mais au vertige dyspeptique. En effet, la malade avait des flatuosités, des pesanteurs épigastriques, des nausées, des vomissements bilieux. A la vérité, le vertige était antérieur à l'affection gastro-intestinale; mais, d'un autre côté, ce ne fut réellement qu'après la guérison complète de cette affection, combattue pendant un mois au moyen du sirop de quinquina, que le vertige céda complétement.

En résumé, les guérisons spontanées du mal caduc sont excessivement rares, si tant est même qu'il en existe ; M*** n'était point affecté d'épilepsie saturnine ; sa guérison ne peut pas être attribuée à l'influence de la saignée, car il ne s'agissait pas non plus d'épilepsie pléthorique. Notre conviction est que cette guérison est due tout entière à l'action des sels d'atropine, favorisée par cette circonstance très-importante que le commencement du traitement suivit de très-près le commencement de la maladie.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des adénites cervicales chez les enfants,

Par M. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Les adénites du cou chez les enfants se rencontrent si fréquemment dans la pratique, et laissent si souvent des traces fâcheuses de leur passage, que je crois utile de parler de cette affection qu'on voit malheureusement ou négligée ou mal traitée.

Les engorgements qui siégent dans les ganglions lymphatiques du cou, soit en avant, soit sur les côtés, soit à la partie postérieure, sont quelquefois symptomatiques de plaies ou de coups sur le cuir chevelu ou sur la face ; ils sont très-souvent la conséquence d'affections de diverse nature de la peau de la tête ou de la face ; on en voit dont on ne peut attribuer la cause qu'à quelque maladie de la bouche, des lèvres, des dents ou de la gorge ; enfin, il en est qui sont symptomatiques d'une constitution plus ou moins lymphatique.

Quelle que soit la condition étiologique, générale ou locale, il est toujours indiqué de combattre d'abord la cause. Est-ce une petite plaie de la tête ou de la face, il faut traiter cette plaie. Est-ce un eczéma du cuir chevelu, il faut le combattre convenablement. Est-ce une dent malade, et dans ce cas l'engorgement siége dans le voisinage du maxillaire inférieur ou supérieur, il est nécessaire

d'extraire la dent. Enfin est-ce une cause générale, comme la constitution lymphatique, il est indiqué de mettre en usage les moyens convenables.

Dans tous les cas, il faut en même temps agir localement, soit pour obtenir la résolution de l'engorgement, soit pour en avancer la suppuration, soit pour modifier l'induration qui souvent est une terminaison de ces adénites.

Les symptômes locaux de cette affection sont quelquefois à l'état aigu, et marchent rapidement; d'autres fois la marche est lente ou chronique. Dans tous les cas, on peut remarquer trois périodes :

1re Période. Gonflement, rougeur sur le siége des ganglions, sensibilité, et, comme symptômes généraux, fièvre et malaise plus ou moins prononcés.

2e Période. Douleur plus circonscrite, avec augmentation de sensibilité, diminution de volume, et souvent fluctuation appréciable, venant avec plus ou moins de rapidité ; ouvertures spontanées, décollement, fistules, cicatrices irrégulières, lentes à se produire; quelquefois ulcération de longue durée, et cicatrisation plus ou moins difforme.

3e Période. Diminution de la douleur, sans suppuration notable, induration, état de dureté plus ou moins considérable, et terminaison par une tumeur, qui se résout graduellement. Enfin quelquefois l'engorgement reste stationnaire, dur et sans douleur, et peut même passer à l'état d'enchondrome ; mais cela ne se rencontre que dans des cas exceptionnels.

1° *Pour obtenir la résolution*, nous ne comptons plus, comme autrefois, sur les applications réitérées de sangsues, et si, dans quelques circonstances exceptionnelles, ce moyen était mis en usage, nous n'oserions l'employer qu'en cas d'adénite par cause locale, blessure ou contusion, et chez un individu non lymphatique ; autrement, nous craindrions de n'obtenir qu'un simple soulagement de peu de jours ; nous retarderions la suppuration, et dans tous les cas nous affaiblirions en pure perte l'individu.

Nous comptons plutôt sur les résolutifs, tels que l'onguent napolitain pur ou associé à l'extrait de belladone ; ou bien, pour remplacer l'onguent mercuriel, nous conseillons d'avoir recours à une pommade au calomel. Les pommades iodurées nous ont aussi rendu service; mais il y a toujours nécessité, pour mettre en usage ces agents, de les associer à la glycérine, et d'observer s'ils ne détermineront pas des rougeurs sur la peau délicate des enfants; il faut, alors, savoir les suspendre et les reprendre en temps opportun.

Quelquefois les cataplasmes émollients et faits surtout de farine de guimauve rendent service ; si l'on craint de les employer, on les remplacera avantageusement par de la ouate et même de la laine en suint, qui contient des sels de soude. Des couches de teinture d'iode pure appliquées avec un pinceau tous les deux jours peuvent hâter la résolution. Ce moyen est souvent préférable aux cataplasmes qui peuvent devenir aigres ou se refroidir. C'est en agissant ainsi qu'on peut prévenir la suppuration et l'induration.

2° *Pour hâter la suppuration*. Quand la suppuration commence à se manifester, on ne peut plus compter sur les résolutifs ; quelquefois, mais rarement, les vésicatoires peuvent faire avorter l'abcès. Nous nous contentons alors des émollients, le plus ordinairement sous forme de bains entiers, de cataplasmes très-gras et très-maturatifs. Enfin, lorsque la fluctuation devient évidente, même avant que la peau ne soit trop rouge, nous sommes partisan, comme beaucoup de nos confrères, d'ouvrir les abcès, pour prévenir les ouvertures spontanées, quelquefois multiples, qui déterminent des décollements de la peau et des stigmates fâcheux.

Nous ne repoussons pas absolument l'emploi du bistouri ; il est quelques cas où nous y avons recours ; mais nous préférons de beaucoup un procédé préconisé par MM. Alquié et Bonnafont, à savoir le séton filiforme, qui ne laisse pas de traces.

Nous employons pour cela trois ou quatre fils de soie, que nous passons à travers l'abcès, à l'aide d'une aiguille fine et plate, dans une direction convenable, celle indiquée pour l'incision, de manière que l'une des piqûres soit plus déclive et que les fils se trouvent dans le sens des plis de la peau, ou suivant la direction des fibres musculaires, comme par exemple celle du sterno-mastoïdien.

Lorsque le petit séton, qu'on noue d'ailleurs dès qu'il a été passé, a été introduit alors que la fluctuation était manifeste, on voit le pus sortir par les piqûres, et l'on peut en augmenter l'évacuation au moyen de la pression ; on continue l'usage des cataplasmes, et chaque jour on a soin de remuer le fil ; de cette façon l'abcès se dégorge en plus ou moins de jours. On retire le séton quand il n'y a plus ni pus, ni engorgement ; car s'il y a encore de la tuméfaction, la présence du séton hâte la fonte de la partie dure de l'abcès. Il reste à la suite deux piqûres qui, plus tard, ne laissent aucune trace.

3° *Contre l'induration*. Lorsque, dans certains cas, l'adénite se termine par induration, nous employons alors tous les résolutifs conseillés, les pommades iodurées, les emplâtres de *vigo cum hydrargyro*, etc. Mais si ces moyens joints au traitement interne par les

préparations iodurées échouent, nous employons avec avantage le séton appliqué dans plusieurs points pour déterminer alors de l'inflammation et de la suppuration. Nous avons obtenu ainsi par quatre ou cinq petits sétons la suppuration et la fonte de ces adénites chroniques; contre l'enchondrome, nous n'avons que l'extirpation.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux adénites superficielles. Mais nous devons ajouter que nous avons vu assez souvent chez des enfants, même à la mamelle, des adénites profondes; d'autres que nous en ont observé : le docteur Fleeming, MM. Velpeau et Bouvier, en ont rapporté des exemples. Nous avons constaté plusieurs cas dans lesquels les ganglions profonds, après s'être enflammés, venaient à suppurer, et à former des abcès le long du larynx, de la trachée, et d'autres fois derrière l'œsophage et le pharynx. Les véritables abcès rétro-pharyngiens se déclarent par une tuméfaction générale du cou, qui quelquefois se manifeste plus d'un côté que d'un autre, et quelquefois du côté de l'arrière-bouche. Les malades ont de la fièvre, quelquefois du délire, de la gêne dans les mouvements du cou, de la difficulté dans l'émission de la voix, dans la déglutition, et souvent l'état de gêne est tel qu'il y a asphyxie. Lorsque les malades sont d'âge à parler, ils ont la voix nasillarde comme les enfants qui ont les amygdales hypertrophiées. On m'a même présenté des enfants pour leur enlever les amydales qui avaient un abcès rétro-pharyngien. En examinant les petits malades, en abaissant la langue, si l'abcès est sur la ligne médiane, on remarque une tumeur rosée, lisse, fluctuante.

D'autres fois ces abcès font saillie sur les parties latérales du larynx, refoulent le sterno-mastoïdien plus ou moins en dehors. Dans ces cas, les émollients sous forme de bains entiers, de cataplasmes autour du cou, doivent être mis en usage dans le principe. Mais dès que la fluctuation est évidente, il faut ici faire des incisions de bonne heure, soit le long du sterno-mastoïdien, soit dans l'arrière-gorge, sur la paroi postérieure du pharynx ; ces opérations sauvent la vie à quelques malades qui pourraient, sans cela, mourir asphyxiés.

Très-souvent ces abcès étant ouverts, se dégorgent parfaitement, et les malades guérissent sans récidive.

Il ne faut pas confondre ces collections purulentes qui marchent assez rapidement, avec celles qui sont symptomatiques d'une carie des vertèbres cervicales. Celles-ci, qui se développent avec beaucoup plus de lenteur, sont toujours précédées de symptômes diffé-

rents, qui s'observent surtout dans les parties osseuses ; elles offrent une bien plus grande gravité à cause de la destruction des articulations ou des vertèbres elles-mêmes, qui sont la source de ces abcès.

Nous ne dirons qu'un mot de ces ganglions lymphatiques profonds, tuberculeux, développés le long du larynx et de la trachée. Ces tumeurs, scrofuleuses, de consistance variable, ayant une marche chronique, se rencontrent sous forme de chapelet sur les parties latérales du tube respiratoire, le long des gros vaisseaux du cou ; ils sont plus ou moins volumineux, plus ou moins nombreux, ayant la consistance de marrons crus ou de châtaignes ramollies ; ils vont souvent se confondre avec les ganglions bronchiques de même nature.

La chirurgie a quelquefois tenté, pour arrêter l'asphyxie qui peut en résulter, d'enlever ces tumeurs dégénérées. Ces opérations, qu'on doit rarement exécuter, peuvent, dans le cours de leur exécution, faire courir au malade les plus grands dangers, et souvent même elles restent à moitié terminées. Il vaut donc mieux, presque toujours dans ces sortes de cas, s'abstenir du bistouri, et s'en tenir aux moyens antiscrofuleux généraux.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la glycérine au point de vue de la pharmacologie et de la thérapeutique.

Par M. Deschamps (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton.

Le travail que nous avons publié en 1856 sur la glycérine (*Bulletin de Thérapeutique*, t. L), avait pour but de faire connaître la nature chimique des glycérines que l'on trouvait dans le commerce, soit qu'elles aient été préparées en France ou en Angleterre; d'expliquer les propriétés thérapeutiques qu'elles exerçaient alors, et d'indiquer le but que l'on devait atteindre pour avoir une bonne glycérine. Ce travail a certainement été utile, car les glycérines françaises sont devenues meilleures. Elles sont encore inférieures aux glycérines anglaises de MM. Price et Wilson ; mais elles sont supérieures à ce qu'elles étaient. Il faudrait qu'elles fussent préparées de la même manière qu'en Angleterre ou extraites d'autres corps que des résidus de la fabrication des bougies stéariques.

Aucune de ces observations n'a été attaquée, seulement quelques savants en ont publié de semblables et ont trouvé tout naturel de supprimer les nôtres et de présenter les leurs comme étant nouvel-

les. Nous ne réclamons aucune priorité; les faits existent et ne peuvent être contestés.

Beaucoup de formules et deux travaux remarquables, une thèse et de nombreuses observations renfermées dans un volume, ont été publiés depuis 1856. Ces travaux n'ayant point encore été examinés, nous pensons qu'il est nécessaire, au point de vue de la thérapeutique, de publier un travail consciencieux et impartial sur ce sujet, qui devient de plus en plus important.

En 1856, l'engouement était considérable. En 1863, il est encore à peu près le même, au moins pour certains praticiens. A notre point de vue, la glycérine est un véhicule qui doit prendre rang parmi les dissolvants, les excipients; elle peut rendre des services à la thérapeutique, mais elle ne peut devenir le dissolvant général. Qu'elle soit à la mode, cela se conçoit; mais qu'elle y reste toujours, cela est douteux.

La glycérine pure est incolore et inodore. Introduite dans la bouche, en petite quantité, sa saveur est sucrée; mais quand on en prend une cuillerée ou une demi-cuillerée, on éprouve une sensation chaude, âcre, irritante, qui persiste longtemps et qui permet de douter que ses propriétés soient, comme on le dit, particulièrement émollientes. Au moins c'est un émollient qui n'a aucune analogie avec la racine de guimauve, les figues, etc. D'après nous, elle soulage plutôt, dans la diphthérite et les autres affections de la gorge, parce qu'elle est légèrement irritante, que parce qu'elle est simplement émolliente. Son action sur le papier de tournesol est acide et nous sommes étonné d'entendre dire partout qu'elle est neutre. Aucune glycérine n'est neutre, de quelque provenance qu'elle vienne et quelques soins qu'on prenne pour l'obtenir. Si on la trouve neutre, c'est qu'on veut bien la trouver ainsi, ou c'est qu'on fait usage d'un réactif insensible, car cela n'est point. Les corps visqueux n'agissent pas aussi promptement que les liquides à molécules mobiles; il faut attendre le temps convenable pour que la réaction se produise, ou étendre la glycérine avec de l'eau, si l'on n'a pas de patience. C'est un fait incontestable, nous l'avons constaté sur les glycérines françaises, les glycérines anglaises et des glycérines que nous avions préparées avec de l'huile, avec de la graisse qui conservait encore de la chaleur de l'animal d'où elle provenait.

Une glycérine qui serait légèrement alcaline conviendrait parfaitement, quoi qu'en disent certains auteurs, pour panser les plaies. La glycérine ne peut être alcaline que lorsqu'on a voulu saturer les acides qu'elle renferme.

On a dit que la glycérine préparée avec l'intervention de l'oxyde de plomb contenait toujours du plomb et qu'elle ne devait point être employée en thérapeutique. C'est une erreur des plus graves. La glycérine préparée ainsi ne contient du plomb que lorsqu'on veut qu'elle en contienne. Elle est quelquefois un peu colorée, mais elle est très-bonne; d'ailleurs, il est extrêmement facile de la décolorer avec du charbon animal. Celle qui a une odeur rance a été mal préparée; la saponification du corps gras n'était pas complète.

La glycérine anglaise n'exerce aucune action sur l'azotate d'argent; mais les glycérines françaises, qui contiennent des chlorures provenant de l'eau employée pendant leur préparation, etc., décomposent ce sel.

Quelques expérimentateurs ont dit que la glycérine était l'excipient par excellence; qu'elle était douée d'une puissance de pénétration extraordinaire; qu'elle facilitait l'absorption des médicaments d'une manière admirable; qu'il était important de diminuer les doses des agents thérapeutiques toutes les fois qu'on les mélangeait avec de la glycérine; que les pommades avaient fait leur temps, qu'elles étaient toujours rances et qu'elles devaient être remplacées par des glycérolés.

A notre point de vue, il ne suffit pas d'avancer un fait, il faut le prouver. Si les praticiens distingués qui ont formulé ces conclusions voulaient étudier les saponés, ils changeraient d'avis, et, comme nous, ils classeraient de la manière suivante les excipients destinés à l'usage externe, en prenant en considération la propriété qu'ils ont de faire traverser le derme aux agents médicamenteux : les saponés, les glycérolés et les cétines, les cérats, les pommades qui contiennent de l'eau, puis ces trois dernières préparations lorsqu'elles n'en renferment point. Nous avons prouvé que les composés solubles et que quelques composés insolubles incorporés dans de la graisse étaient, les uns introduits entièrement, et les autres introduits en partie dans la circulation. Depuis longtemps on ne parle plus de la rancidité des pommades, et personne n'a considéré un corps quelconque comme mauvais excipient parce qu'il ne dissolvait qu'un petit nombre d'agents thérapeutiques. Un dissolvant et un excipient sont deux corps distincts, quoique le premier puisse remplacer le second.

On ne peut pas prendre en considération le nombre des formules de glycérolés qui ont été publiées, pour prouver l'importance de la glycérine; car, si nous voulions consacrer dix minutes à leur rédaction, nous en proposerions une cinquantaine, tant elles sont faciles à faire.

Nous savions bien que la glycérine dissolvait ou délayait la matière sébacée; mais nous ignorions qu'elle pût entraîner aussi facilement qu'on le dit, à travers l'épiderme, les substances tenues par elle en dissolution. Aussi nous avons voulu nous en assurer. Pour cela, nous avons frictionné, pendant dix-sept minutes, avec un doigt, la partie interne du bras sur laquelle nous avions instillé cinq gouttes de glycérine. Eh bien ! après ce temps, nous avons ramassé la glycérine avec une carte, et nous ne savons pas si, réellement, elle avait diminué. Nous ne comprenons pas, d'après cette expérience très-significative, comment la glycérine peut traverser le derme aussi facilement qu'on le dit.

On a étudié le pouvoir dissolvant de la glycérine. Les expériences sont nombreuses, mais elles n'inspirent pas une grande confiance. Les nombres trouvés s'accordent trop entre eux : presque toujours des nombres entiers, et quelques erreurs très-graves se sont glissées dans les résultats. Tous les corps solubles dans l'eau sont solubles dans la glycérine; c'est un fait connu, prévu d'avance, que l'on adopte sans contestation. Mais dire qu'elle se rapproche de l'alcool, parce qu'elle dissout des corps qui ne sont pas solubles dans l'eau, n'est pas exact; car elle ne peut, à la rigueur, être comparée qu'à un alcool très-faible. Elle ne dissout ni les extraits résineux, ni les extraits éthérés, ni le biiodure de mercure, ni..., etc. Elle dissout très-peu de chloroforme et elle décompose, comme nous l'avons dit depuis longtemps, l'iodure de soufre, qui, il est vrai, n'est pas plus soluble dans l'alcool que dans un autre dissolvant.

On a beaucoup parlé de la préparation de la potion de chloroforme avec la glycérine. Nous avouons franchement que nous n'avons jamais compris comment on avait pu proposer cette formule, et comment elle avait été acceptée avec tant de confiance. Pour nous, nous ne l'avons jamais prise au sérieux. Voici quelles étaient nos raisons :

Tous les liquides qui ont une certaine analogie de composition avec les corps solides ont de la tendance à les dissoudre, et la force dissolvante qui s'exerce entre eux est proportionnelle à leur rapport de composition. Il en est absolument de même entre les liquides ; seulement la dissolution est plus facile, puisque les molécules des uns et celles des autres ont à peu près la même mobilité. D'après cela, il est facile de reconnaître leurs propriétés dissolvantes réciproques, en les agitant dans un vase clos, assez grand pour que l'agitation facilite l'écartement de leurs molécules. Aussi, nous ne comprenions pas comment la trituration dans un mortier pou-

vait augmenter le pouvoir dissolvant de la glycérine sur le chloroforme, puisqu'elle dissout peu de chloroforme quand on agite ces deux liquides dans un flacon.

Ces raisons sont très-bonnes; mais on ne peut les considérer, dans cette circonstance, que comme un jugement *à priori*, et nous avons exécuté cette préparation.

Notre surprise a été grande, et les personnes qui voudront bien nous faire l'honneur de lire notre travail ne seront pas moins étonnées lorsqu'elles apprendront qu'en triturant dans un mortier de la glycérine et du chloroforme, ou bien en ajoutant, pour faciliter l'opération, le chloroforme par parties, on constate le fait suivant : la glycérine dissout un peu de chloroforme; mais la plus grande partie se volatilise ; il ne reste à la fin que très-peu de chloroforme. Nous engageons fortement les praticiens à répéter cette expérience et à contrôler le résultat avec la balance. Comme nous, ils seront stupéfaits.

Cette erreur était si grande, que nous avons cru nécessaire de recommencer cinq fois cette expérience, à divers intervalles, et avec des chloroformes différents. Aussi pouvons-nous dire maintenant avec certitude que la meilleure formule pour préparer les potions avec le chloroforme est celle que nous avons publiée dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, celle dans laquelle il entre du jaune d'œuf.

Le sulfate de quinine se dissout peu à froid dans la glycérine; mais quand on y ajoute de l'eau chaude, ou un infusé chaud, la solution s'opère; seulement, nous ne voyons pas de raisons pour préférer la glycérine à une trace d'acide sulfurique, et nous ne comprenons pas comment, en ajoutant au mélange ci-dessus une infusion de café, le tannate de quinine, s'il s'en formait, pourrait être dissous par la glycérine.

On a donné le nom de *glycérat* au glycérolé d'amidon et à toutes les préparations dont il forme l'excipient. Ce nom n'était certainement pas utile; il ne présente aucun avantage.

Le glycérolé d'amidon adopté par M. Debout et formulé par M. Grassi est très-facile à préparer. Nous n'avons jamais compris comment on avait pu dire le contraire, et éprouvé le besoin d'ajouter de l'eau pour faciliter l'hydratation de l'amidon, puisque la glycérine en contient plus qu'il n'en faut.

Le glycérolé de savon n'a pas plus de propriétés qu'un saponé quelconque; la glycérine n'y fait rien, puisque le savon facilite plus la pénétration des substances médicamenteuses à travers le derme que la glycérine.

Si l'on compare l'action des glycérolés préparés avec les solanées et les scrophulariées, et celle des huiles médicinales, il est bien certain que les glycérolés seront préférables, puisque les huiles ne dissolvent pas les principes actifs des plantes stupéfiantes. Aussi nous pensons que cette comparaison n'est pas juste, ne peut pas être faite.

Les praticiens qui se sont occupés de la glycérine ont reconnu qu'elle était purgative à la dose de 60 grammes, et qu'elle pouvait remplacer le miel de mercuriale. Rien n'empêche les médecins de faire cette substitution ; mais nous ne comprenons pas comment, après avoir constaté cette propriété, les auteurs de cette remarque ont cru devoir proposer de préparer des lavements avec la glycérine et le sulfate de quinine, la glycérine et le laudanum, la glycérine et les roses de Provins, puisque, sous l'influence de la glycérine, l'intestin se contracte et rejette ces médicaments, qui, pour agir, doivent rester pendant longtemps en contact avec la muqueuse intestinale.

On a proposé de remplacer le miel rosat par un glycérolé, parce que ce miel était trop altérable. C'est une erreur : le miel rosat, bien préparé, se conserve longtemps. S'il fermente, le pharmacien sait y remédier ; il sait même s'opposer à ce commencement d'altération, qui n'affecte nullement le principe astringent des roses.

Le sparadrap de glycérine et de gomme n'a pas de raison d'être. Il ne peut remplacer ni le taffetas d'Angleterre bien fait, ni la toile agglutinative à la gélatine dont nous avons publié la formule.

La glycérine n'ajoute rien aux cataplasmes ordinaires placés entre deux linges, lorsqu'on a le soin de mouiller la toile avec un peu d'eau avant de l'appliquer sur le corps. Si l'on veut mouiller la toile avec de la glycérine, nous n'avons aucune objection à faire, si ce n'est que cette dépense est inutile ; mais nous n'admettons pas qu'il y ait avantage à l'introduire dans la masse du cataplasme.

On vante comme dessiccatif le glycérolé d'aloës. L'aloës et sa teinture ont été employés pour cet usage depuis les temps antiques, et nous ne sommes pas surpris de son action. Nous ferons remarquer qu'il serait plus simple de le préparer en faisant dissoudre de l'aloës dans la glycérine, que de faire évaporer de la teinture pour préparer le glycérolé avec le résidu de cette évaporation.

On a dit encore que le cérat opiacé, le cérat laudanisé, les pommades préparées avec des extraits, avec l'iodure de potassium, étaient des médicaments défectueux, parce que le laudanum, l'extrait de Saturne, etc., se séparaient presque aussitôt, et parce que les

pommades étaient très-difficiles à préparer et peu stables. C'est une erreur. Le laudanum et l'extrait de Saturne ne se séparent jamais lorsque le cérat a été bien préparé. Les pommades avec les extraits sont stables et faciles à faire, quand on suit la méthode que nous avons proposée dans notre art de formuler : elle consiste à remplacer par de l'huile un poids de graisse égal au poids de l'eau qu'il faut employer pour rendre les extraits miscibles avec les corps gras.

Nous ne sommes point partisan de l'emploi de la glycérine à l'intérieur. Toutes les formules nous paraissent inutiles, et nous les repoussons toutes, même celles des tisanes, parce que leur utilité et leur innocuité ne sont nullement prouvées, et parce que leur supériorité sur les autres préparations est loin d'être démontrée. Nous ne connaissons pas les raisons qui ont fait supposer que la glycérine était nutritive et qu'elle pouvait être substituée à l'huile de foie de morue : cette supposition nous paraît très-singulière. En effet, comment admettre que la glycérine, le *caput mortuum* des corps gras, puisse avoir des propriétés nutritives assez énergiques pour que les expériences cliniques fassent faire silence aux expériences chimiques, lorsqu'on sait que c'est un corps dont les propriétés chimiques sont très-indifférentes à la température normale ?

Personne ne peut prendre au sérieux la proposition d'ajouter 30 ou 50 pour 100 de glycérine au lait pour assurer sa conservation ; car, quoi qu'on en dise, cette quantité de glycérine ne remplacera jamais son équivalent de lait, et peu de personnes voudraient se soumettre à cette nourriture barbare et indigeste.

Dans le pansement des plaies, la glycérine doit produire un meilleur effet ; elle les isole du contact de l'air, facilite la cicatrisation, et, sur ce point, nous nous associons de grand cœur aux partisans de la glycérine, avec cette réserve, cependant, que nous demandons des expériences sérieuses pour prouver ses avantages sur toutes les méthodes de pansement, afin qu'on sache de combien de jours elle accélère le rétablissement des malades, et quelle économie on réalise en l'employant. Nous repoussons les déductions tirées des quantités croissantes employées dans les hôpitaux, etc., ces quantités n'ayant aucune signification valable auprès des personnes qui savent comment cela se passe dans les administrations. Elles savent en effet que, s'il est parfois difficile de faire inscrire une somme quelconque dans un budget pour l'emploi d'un agent thérapeutique nouveau, elles savent parfaitement, disons-nous, qu'une fois l'autorisation donnée, il en peut être dépensé des quantités considérables sans qu'on

fasse la moindre observation, sans qu'on s'informe si ces quantités sont proportionnelles au bien-être qu'en éprouvent les malades, etc.

Les conclusions suivantes ressortent évidemment du travail que nous publions :

Les glycérines ont toutes une réaction acide.

La glycérine préparée au moyen de l'oxyde de plomb est très-bonne ; elle peut être employée en toute sécurité.

Les glycérolés pour l'usage externe sont très-bons, mais ils viennent après les saponés ; seulement, tous les agents médicamenteux ne peuvent pas être employés pour préparer des saponés, à cause de la nature du savon.

Les lavements avec la glycérine ne doivent jamais contenir d'agents thérapeutiques dont l'action dépend du temps qu'ils restent dans l'intestin, puisque la glycérine est purgative.

Les glycérolés des plantes stupéfiantes sont bons ; mais ils ne peuvent être comparés avec les huiles médicinales.

La glycérine peut rendre de grands services dans le pansement des plaies.

La glycérine ne peut être employée pour préparer la potion au chloroforme ([1]).

Ce n'est ni par le nombre des formules de glycérolés qui ont été publiées, ni par les quantités de glycérine qui ont été employées dans les hôpitaux que l'on peut juger de l'importance de la glycérine ; mais c'est en démontrant que le traitement est moins long et qu'il n'en résulte pas de plus grandes dépenses.

Le nom de *glycérat* n'est pas utile.

Les glycérolés pour l'usage interne doivent être repoussés ; ils ne présentent aucun avantage.

Enfin, la glycérine n'est nullement nutritive, et ne peut pas l'être. On pourrait, jusqu'à un certain point, la comparer à la gélatine, qui cependant lui est bien supérieure. Elle n'est pas aussi émolliente qu'on le dit.

([1]) Nous n'hésitons pas à faire nos réserves à cet égard en ce qui concerne le *glycérolé hypnotique* dont nous avons publié la formule (glycérine, 30 grammes ; chloroforme, 3 grammes) : une longue et très-large expérimentation clinique nous en a démontré la valeur. Le mélange des deux substances étant opéré par l'agitation du flacon qui les contient, il n'y a aucune évaporation de l'agent volatil, et, lorsque celui-ci vient à se séparer, comme sa pesanteur spécifique l'entraîne au fond du vase, il ne saurait disparaître. Il suffit d'agiter le flacon pour être certain que la cuillerée à café de glycérine contiendra les 10 gouttes de chloroforme nécessaires pour produire l'effet thérapeutique désiré. (*Note du Rédacteur en chef.*)

C'est avec intention que nous avons évité de parler des bains. Nous réservons cette question, notre travail n'étant point assez avancé.

Mode de préparation des crayons de sulfate de cuivre.

Le fréquent emploi du sulfate de cuivre comme agent de cautérisation des granulations palpébrales, et la forme incommode de ses cristaux ordinaires pour s'en servir à cet effet, ont donné l'idée à un pharmacien espagnol, don Mariano Llovet, de le fondre en cylindres comme le nitrate d'argent. La rapidité avec laquelle il perd son eau de cristallisation s'opposant à en faire varier la forme, il s'agissait de le mêler à un autre corps qui, en le conservant et sans en altérer les propriétés cathérétiques, pût contribuer à lui faire prendre la forme désirée. M. Llovet a choisi à cet effet le sulfate d'alumine et de potasse, qu'il mélange dans les proportions suivantes :

Sulfate de cuivre........................	30 grammes.
Sulfate d'alumine et de potasse..........	15 grammes.

On pulvérise et l'on mélange ces deux sels en les plaçant dans un creuset d'argile ou de porcelaine, sur une lampe à alcool ou tout autre foyer calorifique, pour en opérer doucement la fusion. Quand la masse est liquide, on verse dans une lingotière, qui doit être préférablement en bronze pour éviter la précipitation du cuivre à l'état métallique. Si un excès de température a changé la dissolution du mélange, un peu d'eau suffit à la rétablir et à faciliter cette fusion.

Les crayons obtenus sont d'un vert bleuâtre clair, à l'extérieur comme à l'intérieur, et offrent une certaine résistance à la cassure. La causticité subsiste, et l'alun employé ainsi comme fondant n'empêche en rien l'action de ce sel sous cette forme, ainsi que le prouve l'usage qu'on en fait à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de Madrid.

Emploi de la paraffine pour la fermeture des flacons qui contiennent des liqueurs alcalines caustiques.

On sait que les flacons bouchés à l'émeri, lorsqu'ils contiennent des liqueurs alcalines caustiques, contractent avec les bouchons une adhérence progressivement croissante, et que la précaution de graisser les bouchons avec de l'huile ou du suif n'empêche pas que l'on ne soit souvent obligé de sacrifier des flacons de valeur.

La paraffine n'étant ni saponifiée ni attaquée par les alcalis caus-

tiques, peut être employée très-avantageusement à cet usage, parce qu'elle rend suffisamment onctueux les bouchons en verre. Les expériences qui ont été faites à ce sujet ont donné des résultats très-avantageux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des collyres secs et spécialement du papier à l'atropine : réclamation de priorité.

M. Reveil, dans un des derniers numéros de ce journal (p. 268), est venu appeler l'attention des praticiens sur une nouvelle forme de collyre imaginée par M. Leperdriel, et que ce pharmacien désigne sous les noms de *collyres secs gradués*. Je vous adresse le numéro de janvier 1862 du *London ophthalmic hospital Reports*, dans lequel vous trouverez (p. 310) un article sur l'usage du papier à l'atropine. Dans ce travail, publié depuis plus d'une année, se trouve exposée la nouvelle forme médicamenteuse que recommande M. Reveil. Ma qualité de médecin m'a même permis de ne pas aborder seulement le côté pharmacologique de la question, mais de rendre compte en même temps des bons effets du collyre sec d'atropine. Permettez-moi de placer sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* le début de cet article.

« Aujourd'hui que l'atropine est si généralement employée dans les maladies des yeux, pour le traitement de l'iritis en particulier, je pense que le mode d'emploi que je viens faire connaître aux oculistes pourra leur être d'une grande utilité. Il consiste simplement en un papier *coloré*, imbibé de solution de sulfate d'atropine, disposé de manière qu'un petit carré, d'une dimension donnée, contienne autant de sel qu'une goutte de la solution ordinairement employée. On suspend le papier, trempé dans la solution concentrée, pour le faire sécher et on le retourne pendant qu'il sèche, afin que la solution se distribue également. On prend sur le bout du doigt humecté un petit morceau de ce collyre sec, qui a un cinquième de pouce carré, on renverse la paupière inférieure du malade, que l'on fait regarder en haut, et l'on place le papier sur la sclérotique, au-dessous de la cornée. On abandonne alors la paupière et le papier se trouve en contact avec la conjonctive palpébrale et la conjonctive oculaire. Un bandeau vient maintenir l'œi fermé pendant quelque temps.

« J'ai trouvé que l'atropine appliquée de cette manière agissait

mieux qu'en solution ; cela se comprend, puisque la goutte de liquide est entraînée plus facilement hors du sillon oculo-palpébral dès qu'on abandonne la paupière. Le papier s'amollit progressivement par les larmes et reste appliqué sur le globe oculaire. L'expérience clinique m'a appris que son action provoquait une rougeur de la conjonctive moindre que celle qui se montre à la suite de l'instillation des gouttes de solution d'atropine.

« Lors de mes premiers essais de cette forme médicamenteuse, j'employai du papier blanc ; mais celui-ci, mouillé par les larmes, devenait transparent, et il était difficilement distingué de la conjonctive. Depuis j'ai adopté le papier coloré en vert. Le rouge n'étant pas toujours visible dans les cas d'inflammation de l'œil, et le bleu pouvant être confondu avec le papier de tournesol, que nous portons également dans nos portefeuilles. Le papier coloré en vert à l'aide de principes empruntés aux matières végétales ne contient ni cuivre, ni arsenic. Lorsqu'au bout d'un quart d'heure au plus, l'effet mydriatique est produit, on enlève facilement le petit carré de papier ; si par hasard il s'était glissé sous la paupière supérieure, on le ferait descendre, en ouvrant et fermant alternativement les paupières.

« Le but principal que je me proposais lorsque je fis préparer pour la première fois ces papiers médicamenteux, était, ainsi que je l'ai dit, d'avoir toujours de l'atropine à ma disposition, sans qu'il me fût besoin de porter sur moi un flacon rempli de cette solution. Avec cet usage plus commode, je ne tardai pas à constater que l'emploi en présentait d'autres non moins précieux au point de vue thérapeutique. Le papier médicamenteux irritant moins l'œil, la sécrétion des larmes reste normale, et l'absorption de l'atropine se produit plus lentement et plus complétement. Les effets mydriatiques de cette forme nouvelle de l'application de cet agent sont beaucoup prononcés ; aussi je m'en sers avec un grand avantage dans les cas d'anciennes synéchies que je veux détacher.

« Ces effets du papier à l'atropine vont m'engager à poursuivre ces essais et voir si cette même forme médicamenteuse ne serait pas utile pour porter sur l'œil malade d'autres agents. Peut-être qu'un morceau de papier imbibé d'une solution concentrée de sulfate de cuivre et taillé de la grandeur du cartilage de la paupière granuleuse, agirait plus efficacement qu'une goutte de la solution, et provoquerait moins de douleurs que l'usage du sel solide. »

Enfin, plus loin, je termine cet article par les renseignements suivants : « Le papier à l'atropine est trempé dans une solution

d'une concentration telle, qu'un morceau d'un cinquième de pouce au carré contient autant de sel qu'une goutte de la solution de deux grains dans une once d'eau. Ce papier est disposé en forme de petit livre dont chaque page a un pouce carré, divisé en cinquièmes par des lignes, *tracées sur les deux sens;* chaque feuillet contient 35 doses, elles sont séparées en 5 bandes, afin que le praticien puisse plus facilement détacher la quantité voulue du médicament. »

On le voit par ces citations, tout se trouve dans cet article, posologie du médicament, titrage des solutions, extension du procédé à toutes les espèces de substances employées en collyres. Si j'insiste sur ce fait, c'est que M. Reveil nous apprend que M. Leperdriel a pris un brevet pour l'exploitation de ces collyres. Or, ma revendication vient donner à tous les pharmaciens français le droit de préparer ces papiers, droit que possèdent les chimistes de Londres, car je n'ai pas patenté cette forme très-commode de collyres. L'introduction des collyres secs dans la pratique permettra aux médecins de porter constamment sur eux un cahier composé de feuilles de papier imprégnées de tous les agents employés topiquement dans les ophthalmies et de commencer de suite le traitement de l'affection oculaire.

Dans le numéro sous presse du *Ophthalmic hospital Reports,* je publie de nouvelles observations sur les bons effets du papier à l'atropine; vous y trouverez des faits empruntés à ma pratique et à celle de mon collègue, M. Dixon, qui prouvent que, dans les cas où l'instillation de la solution d'atropine provoquait des douleurs assez intenses, le papier substitué à la solution avait été très-facilement toléré par la muqueuse oculaire enflammée. Je serais heureux que vous les trouviez assez probants pour en donner une analyse dans une des prochaines livraisons de votre précieux journal.

J.-F. Steatfield,

ancien rédacteur en chef du *London ophthalmic hospital Reports.*

Quelques remarques pratiques sur le traitement de la fièvre typhoïde.

De toutes les maladies aiguës qui existent dans notre localité (Bayeux et ses environs), il en est une très-fréquente, soit qu'elle affecte la forme cérébrale, pectorale ou abdominale, soit qu'elle débute par des symptômes muqueux ou bilieux, la fièvre typhoïde enfin, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Aussi, dès le début de ma carrière médicale, il y a quelque trente ans, cette maladie,

l'effroi de nos populations, a dû fixer mon attention. J'en ai fait l'objet favori de mes études. Mes idées sont déjà depuis longtemps arrêtées, quant à sa nature et à son traitement. Je regarde avec beaucoup d'auteurs, dont je partage entièrement la manière de voir, cette maladie comme un état d'ensemble, *Totius substantiæ, cum materia*, dirait un ancien. Et d'ailleurs, qui pourrait soutenir le contraire, en présence des symptômes qui se révèlent à l'examen attentif et judicieux du vrai praticien, symptômes qui ne sont que les cris de l'organisme en détresse, alors que chaque organe fait entendre sa souffrance par la voix qui lui est propre, depuis celui qui est le plus noble entre tous jusqu'à celui qui occupe le dernier échelon de l'échelle vitale?

Cette maladie est-elle confinée dans les plaques agminées de Peyer et les glandes de Brunner, dont l'école physiologique a fait tant de bruit; réside-t-elle dans l'intestin seul? Non, mille fois non. Mais pourquoi insister sur ce point? la gastro-entérite et les entités morbides qui lui faisaient cortége sont tombées pour ne plus se relever. Cette maladie est-elle de nature inflammatoire? Une affection dans laquelle tous les organes tendent à la destruction, dans laquelle le sang, qui se distribue partout, est défibriné (Analyse de MM. Andral et Gavarret), les hémorrhagies qui en sont la suite, la langue noire et les dents fuligineuses, l'haleine fétide, la diarrhée, d'une odeur infecte qui annonce une putréfaction anticipée, les traits hébétés, l'intelligence pervertie ou abolie, la sensibilité presque éteinte, la motilité altérée, le décubitus dorsal, les plaies noirâtres ou de mauvaise nature, qui se montrent sur les endroits quelquefois soumis à une pression peu prolongée, les pétéchies, la fréquence et la petitesse du pouls, etc., etc., prouvent jusqu'à la dernière évidence que cette pyrexie est le résultat d'un empoisonnement miasmatique, débilitant, qui porte la perturbation et la mort dans tout l'organisme. Nous avons souvent remarqué, avec notre savant confrère et excellent ami, le docteur Labbey, médecin des épidémies, que les symptômes s'aggravaient par un temps chaud et humide, et que le contraire avait lieu par une température fraîche et sèche: c'est une preuve irréfragable, à ajouter à tant d'autres, du cachet de faiblesse dont est empreint ce genre d'affection. Tous ces symptômes démontrent d'une manière claire et évidente l'inanité des idées de Broussais et de ses adeptes. La superbe école physiologique à la voix puissante a fait son temps; cette théorie aux promesses décevantes a disparu, et, s'il en reste encore quelques vestiges, on ne les aperçoit de loin en loin que dans les prescriptions de ces routiniers que tout travail

intellectuel rebute et que la lumière d'une vérité nouvelle fatigue et éblouit.

Naturam morborum curationes ostendunt. C'est surtout dans le traitement de la fièvre typhoïde que cet aphorisme apparaît dans son véritable éclat. C'est ce que je vais démontrer en parlant des moyens que j'oppose à cette cruelle affection et que le succès vient très-souvent couronner.

Lorsque je me trouve en présence de cette maladie et qu'elle débute par des symptômes muqueux ou bilieux, j'administre un éméto-cathartique ou un purgatif; les boissons ne sont jamais prises dans la classe des émollients ; elles ne sont jamais acidules : point de limonade, d'orangeade, de sirop de groseille, etc. M. Mialhe a prouvé jusqu'à l'évidence que les acides végétaux sont des dissolvants du sang. Je donne des boissons légèrement aromatiques, mélisse, menthe, petite-sauge, etc., de l'eau vineuse, vin de Bordeaux un tiers, eau deux tiers; je fais prendre, dans les vingt-quatre heures, 20 ou 30 centigrammes de camphre dans une émulsion de 120 grammes; j'applique de bonne heure des vésicatoires aux jambes, comme moyen révulsif et surtout éliminateur; si la diarrhée existe, je la respecte; j'ai soin d'explorer la fosse iliaque droite dans le point correspondant à la valvule iléo-cœcale; le gargouillement et le météorisme, dans les cas où la constipation existe, sont, pour moi, la seule indication de revenir aux purgatifs, et une diarrhée légère avec ces symptômes n'est pas même une contre-indication ; si des accès de fièvre, ou même encore si des paroxysmes surviennent, j'administre 50 à 60 centigrammes de sulfate de quinine. Il va sans dire que, si un violent accès pernicieux se manifestait, la dose du sel serait doublée. Je n'en continue point l'emploi au delà de trois jours, sauf à y revenir : l'usage de ce médicament longtemps prolongé hyposthénise les malades; ce puissant sédatif a souvent produit un état de faiblesse telle, que certains malades ont souvent succombé ou bien sont tombés dans un anéantissement dont on a eu beaucoup de peine à les relever; je l'ai vu bien des fois. Jamais de diète absolue ; je permets toujours quelques cuillerées de bouillon de bœuf convenablement aromatisé, la digestion n'en est que plus facile. Jamais de saignées, soit générales, soit locales ; je ne m'en laisse pas imposer par une apparence de réaction. Combien de fois, hélas! n'ai-je pas été témoin, après l'usage de ces moyens, de la manifestation d'accidents ataxiques ou ataxo-adynamiques cérébraux les plus redoutables! Mais c'est surtout dans la période putride que se montrent les bienfaits de la médication to-

nique, stimulante ; alors j'appelle à mon aide le quinquina et ses composés, soit vineux ou alcooliques, la teinture d'Huxam en potion, l'acétate d'ammoniaque, le vin légèrement trempé d'eau souvent pour unique boisson, le vin de quinquina au Malaga, par cuillerée, avant le bouillon, dont je donne quatre à cinq cuillerées toutes les quatre heures ; les sinapismes comme stimulants généraux, les frictions aromatiques ; et, lorsqu'une épine se montre dans les grands organes, j'applique des vésicatoires soit sur le cou, soit sur le thorax et même sur l'abdomen. Je surveille toujours la fosse iliaque, et si quelque gargouillement se manifeste, je prescris 30 centigrammes de calomélas, ou une cuillerée de sirop de rhubarbe ; je n'ai pas à craindre alors un empoisonnement secondaire. J'ai prouvé ailleurs l'excellence de cette méthode. A l'aide de ces modificateurs puissants, il est rare que l'amélioration n'apparaisse pas du seizième au dix-huitième jour, et le vingt et unième la convalescence commence à se montrer ; alors je nourris mes malades de potages gras à la crème de riz ou à la croûte de pain émiettée. M. Mialhe a dit pourquoi la croûte était plus facilement digérée que la mie. Point de bouillie blanche, par la même raison point de poissons à l'eau comme autrefois, mais des viandes rouges, grillées ou rôties. J'entends d'ici les érudits s'écrier : Mais c'est le traitement du vieux Pinel. Que m'importe, si c'est le meilleur. Les préceptes de l'illustre praticien de la Salpêtrière ont été trop peu suivis, trop tôt, hélas ! oubliés. Seulement, au début, je n'emploie jamais de boissons émollientes, acidules, j'en ai donné la raison plus haut ; je manie les toniques, les stimulants avec vigueur, sans peur et sans crainte ; je fais un large usage du vin dans toutes les phases de la maladie. Ah ! s'il m'était donné de faire passer la conviction qui m'anime et m'inspire dans l'esprit de mes honorables confrères, je me trouverais amplement dédommagé de mes peines et de mes veilles, surtout des ennuis et des luttes que j'ai eus à subir de la part de quelques-uns. Je le dis à la gloire de notre art, ils sont en minorité. Aux médecins physiologistes qui tuent brutalement, aux médecins expectants, *meditatores mortis*, grands prôneurs d'abstinence, dont les malades se dessèchent dans leur lit, et qui décorent leurs erreurs du nom de fièvre lente nerveuse, de marasme et de consomption, je dirai : *Experire ;* c'est l'épigraphe dont s'est servi un savant médecin, un praticien consommé, j'ai nommé le docteur Debreyne ; oui, *experire*, c'est mon dernier mot, c'est ma suprême espérance.

Feron, D. M.,
à Bayeux (Calvados).

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie médicale, par M. A.-F. Requin, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., quatrième et dernier volume.

La mort est venue interrompre l'ouvrage de Requin. Quand ce malheur est venu ainsi inopinément arracher ce travailleur opiniâtre à la chaire qu'il avait si laborieusement conquise, son livre n'était encore arrivé qu'au troisième volume, et à peine si le quatrième qui paraît en ce moment était ébauché. Heureusement quelques hommes d'intelligence et de cœur, MM. Charcot, Axenfeld et Brierre de Boismont ont bien voulu se charger de continuer l'œuvre inachevée et doter ainsi la science d'un traité de pathologie complet.

Nous avons dit, dans le temps, ce que nous pensions de l'ouvrage de Requin : la forme un peu insolite sous laquelle cet auteur regretté a produit sa pensée, nous ne sommes pas sûr qu'elle n'ait pas un peu nui à la fortune du livre; ce que nous avons dit alors à cet égard, nous le maintenons encore aujourd'hui; mais nous maintenons aussi que cette forme peu heureuse ne nuit qu'à l'expression de la pensée et n'en atteint point le fond de l'ouvrage, généralement judicieux et toujours au niveau du vrai progrès de la science.

MM. Charcot, Axenfeld et Brierre de Boismont, en acceptant la pieuse mission de terminer l'ouvrage de l'ancien professeur de pathologie interne, n'ont pas cru devoir s'astreindre à une manière tout artificielle, qui obscurcit plutôt qu'elle n'éclaire les questions qu'il s'agit d'élucider, et ils ont eu parfaitement raison, car cette imitation d'une forme si risquée n'eût guère abouti, sous leur plume, qu'à un pastiche ridicule. Autant que nous nous souvenons, il ne semble pas non plus qu'ils aient cru devoir s'asservir, dans la continuation de l'œuvre du laborieux auteur, au plan suivant lequel Requin devait lui-même développer son travail, et nous les en félicitons encore. Aux noms de MM. Charcot, Axenfeld et Brierre de Boismont se rattachent des travaux assez importants, pour que, même en continuant l'œuvre du savant professeur de la Faculté de médecine de Paris, ils se soient réservé le droit de garder leur individualité, et, s'il y a lieu, leur originalité propre. Nous ne pouvons le dissimuler, il est évident qu'à étudier à un point de vue général une œuvre écrite sous des inspirations si diverses, elle perd nécessairement de l'homogénéité que lui eût imprimée Requin s'il avait pu achever son œuvre ; mais cette unité à laquelle nous aspirons,

à laquelle nous devons aspirer tous, si elle est dans la nature, est-elle dans la science, à cette heure de sa lente élaboration ? De bons esprits en doutent ; et, s'il en est ainsi, qui ne voit qu'un livre gagne plutôt qu'il ne perd à devenir le coefficient de plusieurs esprits distingués qui se partagent l'œuvre, suivant les tendances de leur nature intellectuelle, et ce qui est presque toujours la même chose, suivant la spécialité d'étude qu'ils ont choisie. Quoi qu'il en soit à cet égard, avec ces avantages et ces inconvénients qui se compensent au moins, l'ouvrage de Requin se poursuivra activement : nous en avons pour garant l'activité éclairée de son savant éditeur, M. Gustave Germer-Baillière, et nous allons indiquer sommairement les matières intéressantes contenues dans ce quatrième volume.

Le premier chapitre est consacré aux pyrexies : Requin lui-même avait rédigé les premières pages, et c'est M. Charcot qui s'est chargé de remplir le cadre. Là, toutes les pyrexies, depuis la fièvre éphémère jusqu'à la peste et la fièvre jaune, sont esquissées d'un trait rapide et suffisant pour montrer la maladie dans sa forme classique, si je puis ainsi dire. Nous avons surtout remarqué, dans ce tableau pyrétologique, un parallèle très-bien fait entre la fièvre typhoïde et le *typhus fever* des Anglais. Assurément, il y a de nombreuses analogies entre ces deux types morbides ; mais il y a aussi des différences radicales que doit mettre en lumière une nosographie exacte, correcte, et M. Charcot a fait preuve de sens pratique en marquant hardiment ces différences. Les grandes épidémies ou endémies, dont parle M. Charcot dans la partie du livre de Requin dont il s'est chargé, sont parfaitement exposées, et le tableau qu'il en trace suffit certainement pour les faire connaître à ceux-là même qui ne les auraient point observées. L'auteur a surtout admirablement tracé, bien que d'une manière très-rapide, l'histoire de ces événements pathologiques dans l'espace et dans le temps. En somme, cette partie importante de l'ouvrage magistral de l'ancien professeur de pathologie interne, s'il eût été donné à Requin de l'achever, peut-être l'eût-il traitée un peu autrement, mais nous doutons qu'il l'eût fait mieux, aussi bien même.

Quelque importance que nous attachions à cette partie de la nosographie, et avec quelque mérite qu'elle ait été traitée, ce serait manquer de justice que de ne pas reconnaître que, dans cette œuvre collective que se sont partagée MM. Charcot, Axenfeld et Brierre de Boismont, la partie la plus difficile, celle qui demandait le plus d'originalité d'esprit pour ne point se traîner dans l'ornière des lieux communs, est échue à M. le docteur Axenfeld. Dans l'état de la

science, en effet, nous ne savons rien de plus difficile que de tracer le tableau complet des névroses proprement dites et d'en reproduire par un trait ferme et précis la mobile et changeante physionomie. Il ne s'agit en cela, pourtant, que de nosographie pure, et une plume exercée, un esprit fin et habile à saisir les différences des choses dans les nuances qui les distinguent, suffisent à cette œuvre. Mais M. Axenfeld, se laissant aller à la pente d'un esprit qui ne saurait s'arrêter à l'épiderme des faits, a voulu aller plus loin et esquisser tout du moins la pathogénie de ces affections. Pour atteindre ce but, ou plutôt pour en approcher le plus possible, notre sagace auteur ne se contente pas de demander à la clinique les enseignements qu'elle est en mesure de nous donner en ce moment sur les questions difficiles qui se posent à ce propos ; frappé, comme tous les esprits qui aspirent à reculer les bornes de la science, des enseignements lumineux que la physiologie expérimentale a fournis, dans ces derniers temps surtout, sur la vie interne du système nerveux, il a largement mis à contribution ces enseignements originaux pour soulever le voile épais qui nous cache la genèse des phénomènes par lesquels se traduit cette vie. Là, partout, se fait sentir l'esprit ferme, sagace, curieux, d'un auteur jeune encore, auquel nous semble promis un brillant avenir. M. Axenfeld, en se chargeant de traiter les névroses dans l'ouvrage classique de M. Requin, a embrassé dans un cadre complet l'ensemble de ces maladies. Nous avons lu avec un intérêt constamment soutenu et les considérations générales qui précèdent la description nosographique de ces affections, et le tableau presque toujours complet de celles-ci, et ici comme là, nous avons vu partout la trace d'un esprit indépendant, et qui trouve dans cette indépendance même le secret de sa force. Nous ne tempérerons un éloge si explicite que par une remarque que nous demandons à l'auteur la permission de lui soumettre humblement ici.

Dans les remarques préliminaires qui précèdent son étude si profonde des névroses, M. Axenfeld, en jetant un coup d'œil très-général sur le traitement de ces maladies, fait une part, et il a raison, au traitement moral, soit qu'il s'agisse de prévenir l'explosion de l'affection chez un individu prédisposé, soit qu'il s'agisse même de la combattre directement ; mais, ceci une fois posé comme par une sorte d'acquis de conscience, quand il en vient à indiquer la thérapeutique de chacun des groupes morbides nettement définis qu'il admet, il n'est pas plus question du traitement moral que de l'acupuncture des Chinois, des globules des homœopathes, ou du

toucher des rois de droit divin. Il y a là cependant une influence réelle, difficile à manier peut-être, et qui doit assurément avoir sa place dans la thérapeutique des affections nerveuses. L'auteur de cet article tentera peut-être quelque jour un travail sur ce point, convaincu qu'il est de la réalité, de l'efficacité des modificateurs moraux sur le système nerveux troublé; si M. Axenfeld achevait un jour un tableau qu'il n'a encore que largement ébauché, nous oserions lui recommander de combler cette lacune : il a toutes les qualités d'esprit qui sont nécessaires à l'élaboration d'une œuvre aussi difficile, aussi délicate.

Les maladies mentales, constituant au point de vue pratique surtout un groupe spécial de névroses, sont traitées, dans le quatrième volume de la Pathologie médicale de Requin, dans un chapitre à part Les aliénistes ne manquent pas qui eussent pu se charger de ce travail, important entre tous; mais nul, plus que M. Brierre de Boismont, n'était capable de mener à bonne fin un travail de cette nature, et c'est une bonne fortune pour Requin que son intelligent éditeur lui ait donné, pour la continuation posthume de son livre, un collaborateur aussi habile, aussi distingué que l'auteur de l'ouvrage sur les hallucinations et le suicide, etc.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux nouveaux cas d'extirpation de balles incrustées dans les os. — Un bon diagnostic des lésions auxquelles on est appelé à remédier est un point si important, que les praticiens accueillent toujours avec reconnaissance les moyens nouveaux qui leur sont proposés, dès qu'ils ont conscience de la valeur réelle de ce secours. On se rappelle l'empressement avec lequel fut reçu le stylet terminé par une olive en pâte de porcelaine, que M. Nélaton eut l'idée de faire construire pour constater la présence de la balle logée dans le pied d'un illustre général italien. Le succès que M. Zanetti, éclairé par ce secours précieux, obtint dans ce cas, a donné de suite une grande notoriété à ce très-simple instrument. Les deux cas suivants vont montrer qu'un tel agent d'exploration a bien toute la valeur qu'on lui a accordée tout d'abord. L'un a été produit par M. Nélaton dans sa dernière leçon clinique, l'autre vient d'être adressé à l'Académie par M. Baudry, chirurgien de l'hôpital d'Evreux.

Dans le cas de M. Nélaton, la balle était incrustée dans la partie supérieure de l'humérus, au niveau du col anatomique de cet os.

Afin de mieux marquer l'étendue du progrès accompli dans ce point de pratique par ce professeur, nous empruntons au Traité de chirurgie d'armée que vient de publier M. Legouest, la série des humérus réséqués pour des cas semblables, qui se trouve dans le musée si riche du Val-de-Grâce. La figure A représente exactement la lésion du malade de M. Nélaton. Voici ce que M. Legouest nous apprend de l'histoire du malade auquel a appartenu la pièce du musée du Val-de-Grâce :



« C'est une balle logée dans la partie postérieure de la tête de l'humérus, où elle a déterminé consécutivement une cavité, au centre de laquelle elle est mobile comme un grelot, sans avoir laissé trace d'aucune autre lésion. Blessé à l'armée du Rhin, le soldat sur lequel cette pièce a été recueillie, parvint à une prompte guérison : trente-six ans après, il fit, dans Paris, une chute violente sur l'épaule; des accidents survinrent et obligèrent Larrey père à pratiquer la désarticulation de l'épaule. L'amputé, guéri, a vécu longtemps aux Invalides. »

Chez le malade de M. Nélaton les choses se sont passées tout autrement. Voici le fait : un général espagnol reçut, il y a plus de vingt-cinq années, une balle dans l'épaule gauche. De fréquentes inflammations articulaires se manifestaient ; mais comme la seule ressource que les chirurgiens lui proposaient pour parer à ces accidents, était de lui réséquer l'extrémité supérieure de l'humérus, le blessé s'y était toujours refusé. Dans ces derniers temps, un nouvel abcès de l'épaule eut lieu, il fut si considérable, que le médecin du malade affirme qu'il a donné issue à plus d'un litre de pus. Le général, effrayé par la gravité de cet abcès, s'est décidé à accepter le secours de la science, quel qu'il fût, du moment où il le mettrait à l'abri du retour de ces accidents. M. Nélaton est mandé : immédiatement le sagace chirurgien dilate, au moyen de la laminaire di-

gitée, le trajet fistuleux le plus voisin de la tête de l'humérus. Lorsque l'ouverture des parties permit d'introduire un stylet à boule de porcelaine, on le fit, et on acquit alors la conviction de la présence de la balle dans le fond de la plaie. Le diagnostic posé, les manœuvres opératoires étaient toutes tracées : la plaie fut débridée, et, à l'aide d'une sorte de vrille qu'on fit pénétrer dans la balle de plomb, l'extraction put être faite très-facilement. Les suites de cette opération furent des plus simples.

M. Nélaton a présenté à ses élèves et le corps étranger et l'instrument explorateur portant encore les traces du métal sur lequel il avait frotté.

Dans le cas de M. Baudry, le projectile, reçu à la bataille de Magenta, était logé dans la main. Pendant les premiers jours qui avaient suivi la blessure, la tuméfaction des parties n'avait pas permis aux chirurgiens de l'ambulance où le jeune officier fut conduit, de constater l'existence du corps étranger et ils laissèrent la plaie se fermer. Trois à quatre mois plus tard, le gonflement ayant complétement disparu, le blessé commença à sentir dans la paume de la main une saillie dure et mobile qu'il crut être la balle ; mais plusieurs chirurgiens qu'il consulta ne partagèrent pas son avis et lui conseillèrent de ne permettre à l'avenir aucune recherche du corps étranger, qui avait dû sortir de suite, pensaient-ils, pendant un mouvement vif de la main que le blessé avait fait. L'été dernier, pendant une saison passée aux eaux de Bourbonne, il survint un abcès dans la paume de la main, qu'on laissa s'ouvrir spontanément et dont l'ouverture resta fistuleuse. Le blessé, désirant être débarrassé de cette fistule, entra à l'hôpital d'Evreux le 4 mars dernier ; le chirurgien de cet établissement, M. Baudry, constata, à l'aide d'un stylet, la présence de la balle ; mais ce qui lui fut moins facile, ce fut de faire partager cette conviction à son malade. Heureusement parut alors le mémoire que M. Nélaton avait laissé aux médecins de Garibaldi, et, comme les deux cas étaient semblables, les conseils du judicieux professeur s'appliquaient à celui du jeune officier français ; aussi celui-ci, dès qu'il eut pris connaissance de ce travail, s'abandonna complétement aux soins de son chirurgien. Le trajet fistuleux fut dilaté au moyen de cylindres de gentiane, et, lorsqu'il permit l'introduction d'un stylet, M. Baudry voulut donner au blessé la preuve de la présence de la balle au fond de la plaie. Au lieu de se servir du stylet à boule de porcelaine, M. Baudry introduisit dans la fistule une aiguille à crochet en ivoire dont le bout avait été brisé, et, par des mouvements variés, parvint à charger l'ex-

trémité de cet instrument explorateur d'une couche de plomb visible à l'œil nu. La conviction du blessé ainsi faite, il consentit immédiatement à l'extraction du corps étranger, qui fut opérée sous les bénéfices des inhalations du chloroforme. La plaie n'a pas tardé à guérir, et les souffrances anciennes ont totalement disparu. Grâce à cette heureuse opération, ce jeune officier ne verra pas sa carrière brisée ; bientôt il pourra rejoindre son régiment et reprendre son service interrompu depuis près de trois années.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Antagonisme entre l'opium et la belladone, envisagé dans leur action sur l'accommodation, ainsi que sur la dimension de la pupille. Cet antagonisme remarquable, dont il a été beaucoup question dans ces dernières années, principalement depuis la publication du mémoire de M. Benjamin Bell en 1858, et sur les applications pratiques duquel nous avons tenu nos lecteurs au courant, a été l'objet d'une communication importante de M. de Graefe au dernier congrès international d'ophthalmologie. Nous extrayons de cette communication les passages suivants, qui nous paraissent les plus essentiels pour faire saisir l'enchaînement des idées de l'éminent ophthalmologiste.

« Nous nous sommes demandé, a dit M. de Graefe, si cet antagonisme ne s'étendait pas plus loin que la dilatation ou la contraction de la pupille, et si, après avoir franchi les attaches de l'iris, l'opium n'allait pas influencer l'accommodation dans un sens contraire à l'action de la belladone. Nous avons injecté des sels de morphine dans le tissu cellulaire de la région oculaire, et nous avons reconnu que la contraction de la pupille n'était pas le seul phénomène produit dans cette circonstance. L'accommodation, elle aussi, a été atteinte ; les sujets n'y ont plus vu de loin. Or, cette myopie apparente était bien réelle, car les verres concaves l'ont neutralisée. Quel était, dans ce cas, l'effet subi par l'accommodation ? Dans quel cas dépendait-il du spasme ? Dans quel autre, au contraire, fallait-il le rapporter à la paralysie ?...

« On sait que, lorsqu'on sectionne le filet cervical du grand sympathique, la pupille se contracte, tout comme elle le fait après l'absorption des sels de morphine. Si, maintenant, on irrite le bout supérieur du filet coupé, on voit la pupille s'élargir, comme après l'absorption de la belladone. Si les mêmes effets doivent être généralement rapportés aux mêmes causes, il y a donc lieu à voir dans l'action de l'atropine une force active qui provoque la contraction des fibres radiées de l'iris et non pas une paralysie des fibres circulaires...

« La force qui préside à l'accommodation active provient du système cérébro-spinal ; l'autre, qui tient sous sa dépendance le tenseur des fibres circulaires, c'est le système gauglionnaire, et c'est sur ce dernier que l'opium et la belladone agissent en sens opposé, le premier en les paralysant, la seconde en les excitant. On ne perdra pas de vue, d'ailleurs, que la contraction des fibres radiées correspond au relâchement de l'accommodation, comme leur paralysie au maximum de convexité du cristallin...

« Les fibres radiées, placées sous l'influence du sympathique, se contracteraient dans l'un et l'autre organe sous l'action réflexe du sympathique, ou bien par l'action de la belladone. L'opium, au contraire, les paralyserait, ainsi que la section du filet supérieur du ganglion cervical, mettant ainsi en évidence toute l'action des sphincters ou fibres circulaires. (*Congrès périod. internat. d'ophthal., compte rendu de la 2e section*, 1863.)

Pneumonie latente du sommet du poumon, simu-

lant la phthisie galopante. Dans une note présentée sous ce titre à la Société de médecine du département de la Seine, et imprimée par décision de cette Société, M. le docteur Duparcque appelle l'attention des médecins sur une forme de pneumonie chronique ou subaiguë, ou plutôt sur une particularité de siége de cette maladie, qui, selon lui, ne serait pas extrêmement rare puisqu'en vingt ans il aurait eu occasion de l'observer une trentaine de fois, et qui le plus souvent, pour ne pas dire à peu près constamment, en imposerait pour une phthisie aiguë ou galopante.

Des signes différentiels que donne M. Duparcque comme propres à faire distinguer cette pneumonie des tubercules pulmonaires, ceux auxquels il attache le plus d'importance sont : d'être plus fréquents dans le sexe masculin que dans le féminin, ce qui est l'opposé pour la phthisie tuberculeuse; — d'affecter plus souvent le côté gauche que le droit; — de ne pas être précédée de prodromes, comme toux sèche, hémoptysies, etc.; — d'avoir une invasion insidieuse, survenant après quelque refroidissement, au milieu de la santé même la plus florissante, par une toux sèche plus ou moins fréquente, excitée par le parler, la marche, surtout en plan ascendant; expectoration nulle ou comme catarrhale avec sang en stries ou mêlé au mucus; pas ou peu de fièvre apparente, si ce n'est par de légers accès vespériens; pas ou que très-peu de troubles d'abord des fonctions générales, ce qui fait que les malades n'ont recours au médecin que plus tard, au bout de trois ou quatre septénaires et quelquefois plus, alors que la phlegmasie passée à l'état de suppuration les effraye par l'abondance des crachats et les premières atteintes d'étisie. A cette époque de la maladie, à la matité avec souffle tubaire, râles crépitants, se joignent des râles sibilants, muqueux, des gargouillements, des crachats purulents, grisâtres, souvent entourés de sang en stries, en filaments ou en gouttes étalées.

A de tels phénomènes, le praticien peut facilement croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse, dite galopante, arrivée au deuxième degré, eu égard à la rapidité relative de sa marche depuis l'apparition des premiers symptômes. Cependant, en outre des conditions ci-dessus relatées, données par M. Duparcque comme signes différentiels, il serait encore possible, selon lui, de ne pas commettre cette confusion, grâce à un caractère fourni par la marche subséquente de la maladie, ou, pour mieux dire, de ces maladies arrivées à cette période *exequale :* la phthisie continue à progresser sans arrêt et marche d'ordinaire, malgré tout traitement, très-activement vers le terme fatal, tandis que la pneumonie latente chronique ou subaiguë du sommet du poumon restant, dans le plus grand nombre des cas, comme stationnaire, avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence, peut mettre plusieurs mois, plusieurs années, avant d'atteindre la fin redoutée, et même à cette période extrême est encore susceptible de guérison.

L'importance de la question nous faisait un devoir de ne pas trop épargner les détails dans le résumé de la note de notre savant confrère. Mais nous devons avouer que, malgré l'autorité qui s'attache au nom et aux travaux de M. Duparcque, nous ne nous regardons pas comme suffisamment édifié quant à la valeur des signes diagnostiques sur lesquels il fait reposer la distinction clinique des tubercules et de la pneumonie chronique ou subaiguë du sommet. En présence de cette séméiotique, les doutes surgissent dans l'esprit, les objections naissent d'elles-mêmes, et, sans nier le bien-fondé de l'interprétation de notre confrère, nous demandons la permission de lui dire qu'il y a lieu de craindre que sa note ne soit insuffisante pour faire naître la conviction. Il appartiendrait à un esprit comme le sien de traiter plus à fond la question de la pneumonie chronique du sommet ou autre, et de combler ainsi une des lacunes de notre littérature médicale. (*Soc. de méd. du dép. de la Seine. — Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1863, n° 12.)

Amputation des membres par la cautérisation au chlorure de zinc. Cette méthode, exécutée pour la première fois par MM. Maunoury et Salmon, de Chartres, ne saurait être généralisée. Des indications (qui nous semblent trop étendues) posées dans un mémoire portant ce titre, par M. Talichet, interne des hôpitaux de Lyon, la plus formelle nous paraît résider surtout dans l'état général des malades, quand il y a infection putride, imminence d'infection purulente, épuisement et faiblesse portés à un degré tel que

l'amputation par l'instrument tranchant, avec ou sans les anesthésiques, n'est plus possible, parce que la moindre secousse traumatique amènerait infailliblement la mort, ou encore, avec ou sans ces conditions constitutionnelles fâcheuses, quand, dans une partie de médiocre volume, telle que le pied ou l'avant-bras, les tissus sont profondément altérés, et qu'on pense pouvoir arrêter ainsi les progrès d'une inflammation diffuse.

M. Talichet rapporte deux cas suivis de succès, dans lesquels les malades présentaient quelque chose des conditions qui viennent d'être indiquées.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de soixante et dix ans, qui entra, en 1860, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Delore, pour un phlegmon diffus du pied droit, suite d'une blessure qu'il s'était faite dans une tentative pour exciser un durillon. Après l'ouverture d'un abcès situé au-dessous du premier métatarsien, qui donna issue à une grande quantité de pus fétide, il resta une plaie fistuleuse communiquant avec l'articulation métatarso phalangienne; des ulcérations spontanées se produisirent, il y eut élimination d'un petit séquestre, et, l'état des parties ne permettant pas d'espérer la guérison, en même temps que l'état général était des plus mauvais, M. Delore se résolut à l'amputation par la pâte de Canquoin. Les 27, 28, 29 décembre, trois applications de ce caustique furent faites dans une rainure circulaire entourant l'articulation, et le 30, après l'enlèvement de l'escarre, il suffit de couper quelques adhérences fibreuses pour détacher le gros orteil tout entier. Une dernière application de Canquoin fut faite sur la tête du métatarsien, qui se détacha six jours après, laissant une plaie recouverte de boutons charnus. Guérison au bout de trois semaines, avec une cicatrice linéaire.

Le second fait est celui d'un voiturier de quarante-trois ans qui, en décembre 1856, à la suite d'une plaie contuse par pression ayant dénudé le radius, fut atteint de gangrène des deux tiers inférieurs et externes de l'avant-bras : trajets fistuleux communiquant avec des clapiers profonds et donnant issue à un pus fétide; commencement d'infection putride. Bonnet résolut l'amputation avec la pâte de Canquoin : elle fut faite circulairement à 3 centimètres au-dessous de l'articulation huméro-cubitale, et fut complète en cinq jours. Le radius et le cubitus furent sciés; l'élimination des escarres eut lieu le huitième jour. La cicatrisation marcha rapidement. Le 20 mars, on enleva une portion du cubitus qui s'était nécrosée, et la guérison se compléta.

Dans l'un et l'autre cas, la douleur fut très-peu considérable, il n'y eut aucun accident à la suite de l'opération, et les toniques purent être continués. (*Mém. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, t. I.)

Nouveaux procédés de cathétérisme par des sondes invaginées. On sait que parfois des valvules du col de la vessie, des hypertrophies de la prostate, et particulièrement de la portion susmontanale, offrent à l'introduction des sondes des difficultés presque insurmontables, surtout quand ces excroissances ont été creusées, lacérées par des tentatives antérieures de cathétérisme.

M. Mercier, à qui l'on doit la connaissance de ces faits, a proposé, pour vaincre ces obstacles, plusieurs procédés, dont un a déjà été décrit par lui sous le nom de *sondes invaginées*. Pour le pratiquer, il prend une grosse sonde en étain, et façonne l'œil unique que cet instrument présente sur sa face concave, de manière que son canal aboutisse à cet orifice par un plan incliné. Il l'introduit alors. Le bec s'engage dans la fausse route et la ferme. Cela fait, il pousse dans son canal une sonde élastique très-flexible qui, sortant par l'œil, se dirige en avant et passe entre le bord antérieur du col vésical et l'obstacle, lequel se trouve presque toujours en arrière.

Mais ce procédé ne pouvait servir qu'à l'évacuation de l'urine. Il est d'autres cas où il s'agit d'explorer la vessie ou son col, et où un cathéter métallique, nécessaire à cet effet, ne peut être introduit, bien que certaines sondes élastiques pénètrent avec assez d'aisance. M. Mercier propose de faire, dans ces circonstances, le contraire de ce qui précède, c'est-à-dire de se servir d'une sonde élastique pour conduire celle de métal.

On connaît le cathéter coudé qu'il préfère à tout autre pour explorer le col de la vessie et la vessie elle-même. Il en a fait faire un en acier de 5 millimètres seulement de diamètre, ayant le bec un peu renflé et bien arrondi, le coude un peu moins anguleux, la tige longue de 65 centimètres, mais formée de deux pièces d'égale lon-

gueur à peu près, s'unissant l'une à l'autre par quelques pas de vis ; enfin, muni d'un pavillon mobile pouvant également se visser à la place de la seconde pièce.

La sonde élastique qui doit frayer la voie à l'instrument précédent peut être droite ou courbe, suivant que l'une ou l'autre forme entre mieux (presque toujours alors les sondes très-courbées sont les plus favorables). Il faut qu'elle soit très-solide, pour ne pas perdre de sa rotondité au niveau des courbures, et pour ne pas être percée ou déchirée par la sonde métallique. Il faut, en outre, qu'elle soit parcourue par un canal beaucoup plus large que le calibre de celle-ci, condition importante, comme on le verra.

Un problème qui avait d'abord fort embarrassé notre confrère, fut résolu par lui de la manière la plus simple et la plus heureuse ; il s'agit de l'ouverture terminale qui doit laisser passer la sonde métallique. Il prit pour confectionner cette sonde une bougie convenable, et avec un instrument bien tranchant il fit une fente, une sorte de boutonnière de 1 centimètre 1/2, commençant au sommet de son bec et s'étendant sur sa face concave. Il en résulte qu'au moment de l'introduction, les deux lèvres de cette boutonnière restent en contact parfait, tandis qu'elles s'écartent on ne peut plus facilement pour laisser passer l'instrument de métal. Il est bon d'entourer l'extrémité externe de cette sonde d'un fil qui y forme un bourrelet bien adhérent, afin qu'on puisse la tenir d'une manière plus ferme pendant qu'on y pousse le cathéter.

Cette sonde doit être graissée à l'intérieur et à l'extérieur. On l'introduit; on y pousse une injection pour remplir la vessie, si elle n'est déjà pleine, puis on passe le cathéter.

Ici se présente une difficulté, c'est d'empêcher le liquide de sortir pendant ce temps de l'opération. M. Mercier ne s'est servi jusqu'à présent pour cela que d'un tampon de ouate serré fortement au moyen de nombreux tours de fil autour du cathéter.

Lors donc que celui-ci est engagé dans la sonde élastique, on pousse le tampon contre l'extrémité de cette sonde, et de la main gauche on l'y maintient fortement appliqué, pendant que de la droite on pousse le cathéter.

Quand ce dernier a pénétré dans la vessie et franchi l'ouverture terminale de la sonde, on le maintient en place et on retire celle-ci jusqu'à ce que son bec soit descendu au-dessous du col de la vessie. A partir de ce moment, on n'a plus à s'occuper d'empêcher la sortie du liquide. On visse la seconde pièce métallique sur la première ; on continue de faire glisser sur elle la sonde élastique dont on se débarrasse; puis on se débarrasse également de la seconde pièce métallique; on la remplace par le pavillon, et on n'a plus, en définitive, dans les organes qu'un cathéter coudé ordinaire.

M. Mercier n'a encore eu que deux fois occasion d'employer cet appareil. La première fois il ne lui réussit pas, parce que, d'une part, la tige métallique était trop courte, et de l'autre, parce que sa sonde élastique, qui était assez large quand il expérimentait hors des organes, fut insuffisante quand elle se trouva fortement fléchie et comprimée au niveau de l'obstacle. Il parvint à introduire le cathéter à l'aide du chloroforme. Mais la réflexion et de nouvelles expériences lui révélèrent ces causes d'insuccès, et chez son second malade ce procédé lui réussit si bien, qu'il n'hésite pas à le proposer.

En tout cas, on pourrait préparer la voie au cathéter en passant auparavant dans la sonde le mandrin élastique d'acier qu'il a décrit sous le nom de *dépresseur*. (*Acad. de méd.*)

De l'inosurie, nouveau symptôme morbide de certaines névroses. L'inosite, qui par sa composition chimique appartient à la famille des sucres, peut quelquefois se montrer dans l'urine ; M. Gallois désigne ce phénomène sous le nom d'*inosurie*.

Pendant l'état de santé, l'urine de l'homme et des différents animaux ne contient pas d'inosite; mais il est des conditions pathologiques dans lesquelles l'inosite se retrouve dans le produit de la sécrétion rénale. M. Cloetta, qui a le premier découvert l'inosite dans l'urine, l'a trouvée accompagnée d'albumine ou de glycose, et la même observation a été faite par MM. Lebert et Newkomm. Les recherches personnelles de M. Gallois ont abouti au même résultat, et sont venues confirmer cette première donnée. L'inosurie et la glycosurie peuvent donc exister simultanément ; mais il est juste de dire que la réunion de ces deux symptômes est relativement rare, et que la glycosurie est plus souvent observée seule qu'associée à l'inosurie.

Quand une urine sucrée est en même temps inositique, la proportion de glycose peut être considérable, ou au contraire presque nulle. On ne saurait établir de règle à cet égard.

Quand l'inosite se rencontre dans une urine albumineuse, il y a lieu d'y rechercher très-attentivement la glycose, soit qu'elle y existe actuellement, soit qu'elle y ait été observée à une époque antérieure.

Dans la polyurie, qui, par plusieurs de ses symptômes, se rapproche du diabète sucré, M. Gallois n'a pas constaté le passage de l'inosite dans l'urine. Il n'a jamais réussi à en découvrir non plus, en dehors du diabète sucré et de la néphrite albumineuse aiguë ou chronique, dans les nombreuses urines pathologiques qu'il a analysées. Il n'en a point trouvé dans l'urine des femmes en lactation, qui réduit si énergiquement la liqueur cupro-potassique.

Il résulte des recherches de M. Gallois que l'inosurie ne doit point être considérée comme une maladie proprement dite, mais seulement comme un symptôme.

L'inosite qui se produit dans l'organisme ne paraît point empruntée le plus ordinairement aux aliments ingérés, et elle ne résulte point non plus d'une transformation de la glycose. La formation de l'inosite dans l'économie semble étroitement liée à la fonction glycogénique du foie, et l'inosite, comme la dextrine et la glycose, paraît être l'un des produits qui résultent de la transformation de la matière glycogène. Ce qui le prouve, c'est qu'on peut dans certains cas, en piquant le plancher du quatrième ventricule du cerveau, déterminer artificiellement l'inosurie comme on détermine artificiellement la glycosurie. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences.*)

REVUE DES JOURNAUX.

Effets peu communs de petites doses d'opium. Les phénomènes que produisent vers l'enveloppe cutanée l'emploi, soit interne, soit externe, des préparations opiacées, sont chose bien connue. Tout le monde sait, en effet, qu'elles déterminent des démangeaisons, des sueurs, des éruptions de divers caractères; tout le monde sait aussi que certaines personnes sont plus aptes que d'autres à éprouver ces symptômes, même après l'usage de quantités du médicament quelquefois très-faibles. On le sait; mais enfin cela n'est pas très-commun, surtout il ne l'est pas que l'opium, à faible dose, donne lieu à des accidents aussi intenses que ceux dont il est question dans le cas suivant, communiqué à la *Lancet* par un médecin dont le nom nous est inconnu.

Ce médecin, appelé à donner des soins à une demoiselle pour une bronchite dont elle était atteinte, ayant vu, après l'amendement des symptômes aigus, persister une toux fatigante, prescrivit, entre autres moyens, de l'élixir parégorique. Le lendemain, il fut mandé par la famille inquiète, et trouva la malade couverte sur la face, le cou, les bras, les mains et les extrémités inférieures, mais non sur le tronc, d'une éruption assez semblable pour l'aspect à la scarlatine; et comme il régnait dans le voisinage une influence épidémique de ce genre, il penchait à croire que les symptômes par lui actuellement observés appartenaient à cette fièvre éruptive, malgré des différences appréciables, tant dans ses caractères extérieurs que dans les phénomènes généraux. Mais la jeune personne, qui n'avait pas été prévenue de la nature du médicament qu'elle avait pris, lui déclara que, d'après ces effets, elle ne doutait pas que ce ne fût de l'opium.

Quatre ou cinq heures après avoir pris une dose d'opium, dit-elle, je suis saisie de frisson, et je perds presque complétement la vue et l'ouïe. Ces symptômes cessent dès que je me suis mise au lit et m'y suis réchauffée; mais alors une éruption apparaît sur la face, le cou, les mains, les bras, les extrémités inférieures, donnant lieu à une vive sensation d'ardeur et de picotement. L'effet est le même, si l'opium est appliqué sur la peau. D'autres médicaments, la jusquiame, le houblon, agissent de même, mais à un beaucoup plus faible degré. Une fois, deux gouttes de laudanum ont produit des accidents de ce genre, mais moins prononcés.

Dans le cas actuel, la dose d'élixir parégorique qui avait été ingérée, ne dépassait pas 60 *minims*, soit 110 gouttes environ, ce qui, d'après l'évaluation de Christison, forme l'équivalent d'un peu plus d'un cinquième de grain d'opium (voyez *Thérapeutique de Neligan*, p. 275).

(*Dublin med. Press.*, avril 1863.)

Lavements vineux employés avec succès contre une dyspepsie rebelle. Nous avons déjà, maintes et maintes fois, rapporté des cas témoignant de l'utilité des lavements de vin dans les maladies asthéniques. L'observation intéressante que nous résumons ci-dessous, fait voir quel parti un médecin, habile à saisir l'indication capitale, peut tirer de ce moyen, souvent héroïque dans de telles circonstances.

Une femme, âgée de vingt-huit ans, délicate, mais bien portante jusqu'en 1855, fut alors prise d'anorexie. La faiblesse et l'inappétence allèrent en augmentant jusqu'en 1857, et s'accrurent encore après un accouchement bientôt suivi d'une fièvre typhoïde grave, qui dura six semaines. La bouche et l'arrière gorge étaient couvertes d'aphthes; il y eut trois évacuations sanguines par le bas, qui cédèrent à l'emploi du salep et de l'alun. Mais la faiblesse était extrême, et la fièvre hectique se mit de la partie. La pepsine resta sans effet; les lavements de bouillon, de lait et de jaunes d'œufs ne furent point retenus, et provoquèrent des tranchées abdominales. C'est dans cette situation que le docteur Innhauser eut recours aux lavements vineux (1/2 chopine de vin avec quantité égale d'eau) matin et soir. Dès le premier jour, une chaleur bienfaisante se répandit dans tous les membres; il y eut un sommeil réparateur qui dura huit heures. A partir du quatrième jour, un demi-jaune d'œuf fut ajouté à chaque lavement. La fièvre hectique disparut, les forces revinrent graduellement, l'amaigrissement cessa de faire des progrès; au bout de douze jours, l'appétit se montra, et, après trois semaines, la malade put manger des viandes rôties. Elle quitta le lit un mois après, et les lavements vineux furent supprimés. La santé se rétablit ensuite d'une manière complète. (*Viener Ztschr.* et *Annuaire de Thérapeut.*, 1863.)

Traitement des brûlures provenant du phosphore. Un des inconvénients des allumettes phosphoriques, ce sont les brûlures fréquentes qu'elles produisent, et qui sont d'autant plus graves et plus difficiles à guérir qu'il se forme dans ce cas, par la combustion du phosphore, de l'acide phosphorique. Ce dernier est un véritable caustique qui pénètre dans la plaie et l'irrite (ainsi que nous avons eu occasion de le voir avec une grande intensité chez un jeune homme qui, dans des expériences chimiques conduites sans précautions suffisantes, avait été atteint de brûlures aux deux mains). Il faut, dans ces sortes de cas, laver d'abord et parfaitement à l'eau fraîche, dans laquelle il serait utile d'ajouter un peu de sel de soude, de cendres de bois ou même d'ammoniaque; puis on emploie une solution étendue d'eau de javelle ou de chlorure de chaux délayé dans l'eau. Ce moyen a été utilisé au laboratoire de chimie de Stuttgard avec succès, et mérite d'être vulgarisé. (*Rev. populaire des sc.* et *Annuaire de Thérap.*, 1863.)

Mort apparente par le chloroforme; rappel à la vie au moyen de l'électricité. L'accident s'est présenté chez une dame d'âge moyen, à laquelle il y avait à faire une opération d'autoplastie dans la région périnéale. L'insensibilité chloroformique fut obtenue avec une certaine difficulté. Au milieu de l'opération, le chirurgien, M. Kidd, s'aperçut que le pouls s'était arrêté. Des aspersions d'eau froide, faites pendant une minute ou deux qu'on employa à appliquer des ligatures pour arrêter une hémorrhagie abondante, n'amenèrent aucune amélioration. La respiration, les pulsations cardiaques étaient arrêtées; une pâleur mortelle était répandue sur la face; il n'y avait plus aucun signe de vie. Le grand problème, dans ces sortes de cas, est de rétablir l'action du diaphragme et des muscles respirateurs; c'est en vain qu'on chercherait à agir sur le cœur, si ce n'est par l'intermédiaire de la respiration. Saisissant une batterie électrique qui se trouvait dans la chambre, M. Kidd enfonça une épingle de sa cravate dans le muscle sterno-mastoïdien, et immédiatement, appliquant les éponges, compléta le courant. L'effet fut magique : une demi-minute auparavant, dit M. Kidd, nous avions devant nous un corps immobile, sans respiration, sans pouls, froid, pâle, tout à fait passif, ayant toutes les apparences de la mort; maintenant, il y avait des plaintes, des signes de souffrance, chaque fois que le courant électrique était rétabli après avoir été interrompu. Le sterno-mastoïdien se contractait violemment; la respiration fut parfaitement restaurée dans l'espace de trois minutes environ. (*Lancet*, *Dublin med. Press.*, avril 1863.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX (1),

Lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Maintenant que nous avons produit tous les faits qu'il nous a été possible de rassembler, nous devrions chercher à nous rendre compte des conformations diverses que présente l'anomalie, selon que l'arrêt de développement porte plus spécialement sur le segment crural ou le segment jambier, puis examiner si elle offre quelque différence tranchée, selon que la phocomélie affecte les deux membres abdominaux, ou un seul d'entre eux. Mais le nombre de nos observations n'est pas assez considérable pour le tenter avec fruit, d'autant plus que, dans plusieurs de ces faits, le vice de conformation n'a pas été étudié avec assez de soin pour aborder ce point de la question avec quelque certitude. C'est donc avec la plus grande réserve que nous présentons les remarques qui vont suivre.

Le mode de développement des membres explique très-bien la production de cette sorte d'anomalie. La première partie distincte de ces appendices n'est pas leur base, mais leur extrémité : le pied et la main ; après elles leurs segments adjacents dans l'ordre de leur superposition. On comprend par là comment il se fait que l'arrêt de développement, selon l'époque de l'évolution du nouvel être à laquelle il se produit, doive porter sur un des segments du membre plutôt que sur les autres. Ainsi, dans nos six cas de phocomélie unique, nous voyons l'anomalie affecter trois fois plus spécialement le segment supérieur (Obs. II, IV, V), deux fois le segment inférieur (Obs. III et VI), tandis qu'une seule fois elle atteint presque également la cuisse et la jambe. Enfin, nous pouvons ajouter que l'arrêt de développement porte beaucoup plus souvent et plus profondément sur la conformation du pied que ne le pensait Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Dans presque tous les cas ci-dessus, le pied du membre affecté de phocomélie est plus petit que celui du membre bien conformé, et même dans l'un d'eux (Obs. III), ce segment présentait une altération des plus considérables, puisque tous les os étaient confondus en une seule masse, et qu'il n'existait pas d'articulation tibio-tarsienne.

Un fait non moins remarquable encore est la constitution anatomique de ceux des membres dans lesquels l'anomalie a porté exclusivement sur les segments supérieurs. En effet, on constate dans ces cas la présence des muscles de la cuisse et du bras, alors que le fémur ou l'humérus font défaut et sont remplacés par les os de la jambe et ceux de l'avant-bras : preuve évidente, avons-nous dit, que le système osseux et le système musculaire des membres ne suivent pas un même ordre de développement. Ce dernier semble même obéir comme le système circulatoire, à une évolution excentrique, et son volume paraît en rapport avec celui des artères qui le nourrissent. L'observation de Cazotte en est un exemple frappant et d'autant plus précieux qu'il est le seul témoignage que nous possédions de ce fait.

Les déductions qui découlent de la constitution anatomique des membres

---

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 328.

anomaux, nous fournissent quelques éléments pour la solution de la question qui nous est posée. Ainsi, les agents actifs du mouvement sont à peu près les mêmes, quelle que soit la composition du squelette de ces membres. Quant au volume moindre des muscles, l'expérience nous apprend que, sous l'influence d'un exercice soutenu, ils sont susceptibles de se développer et de rendre de bons services. On pourra donc utiliser sans crainte les tronçons des membres affectés de phocomélie, et comme agent de la sustentation du corps et pour faire mouvoir les appareils qu'on leur adaptera.

La variété de la conformation du membre abdominal, lorsque l'anomalie atteint un seul d'entre eux, fait qu'il est difficile de traiter la question de la prothèse d'une manière générale. Du reste, c'est un point qui lui est commun avec toutes les autres applications des ressources de cette branche de la chirurgie restauratrice. Chaque modèle d'appareil doit être créé en vue d'un cas particulier, et ce serait une œuvre vaine de donner *à priori* des préceptes, de tracer des règles spéciales. Il faut s'inspirer de ce qui a été fait précédemment dans des circonstances à peu près semblables. Par conséquent, un travail sur les secours de la prothèse sera d'autant plus utile qu'il fournira un plus grand nombre de faits. Car, indépendamment de l'intérêt inhérent à chacun d'eux en particulier, chacun aussi recèle le germe de ce qu'il y aurait à faire dans des cas analogues, voire même dans des cas un peu différents.

Pour répondre à la demande de notre collègue, il m'importait donc de rassembler le plus grand nombre possible de faits, et, malgré leur chiffre considérable, en vue de l'extrême rareté de l'anomalie, aucun d'eux ne nous a offert un arrêt de développement aussi complet que le phocomèle de Brest. Cette circonstance nous explique comment il se fait que ce jeune homme, qui est très-intelligent, soit arrivé à l'âge de dix-huit ans sans être parvenu à trouver un artifice qui lui ait permis d'abandonner ses béquilles. L'usage des béquilles est un pis-aller, car il exige l'emploi constant des mains, de sorte que, pendant la station debout, le mutilé, par la nécessité où il se trouve de maintenir ses agents de sustentation, ne peut rien faire. Il y a donc un grand avantage à ce que cet agent soit fixé au corps afin de recouvrer, par là, le libre exercice des membres supérieurs. Il n'est pas étonnant qu'en présence des difficultés offertes par la brièveté de son membre, cet individu ait eu recours à l'habile chirurgien en chef de la marine.

Ignorant les essais de prothèse que nous venons de rapporter, M. Duval a dû aller puiser les éléments de la solution du problème qui lui était posé à une autre source : la disposition des appareils que l'on construit pour les individus qui ont subi une amputation à la partie moyenne de la cuisse. L'étendue du tronçon du membre de son phocomèle représente assez exactement, lorsque le pied est pendant, la forme du moignon à la suite de cette opération. Notre collègue a désiré faire plus et utiliser le pied de son mutilé pour faciliter les mouvements de la jambe artificielle qu'il lui destine.

L'artifice que conseille M. Duval remplira-t-il l'effet qu'il en attend ? J'en doute. Ce chirurgien n'a pas réfléchi aux dimensions de la tige destinée à soutenir la pédale sur laquelle l'avant-pied du phocomèle doit exercer sa puissance de traction. La hauteur de cette tige est telle que, toutes les fois que la flexion des deux segments de la jambe aura lieu, la pédale s'éloignera assez de l'axe du cuissard pour que le pied soit forcé de lâcher prise.

Le principe du mouvement imaginé par M. Duval est excellent, l'application seule laisse à désirer. Nous pourrions lui indiquer le moyen mécanique de

triompher de la difficulté; mais nous croyons que notre collègue rendra un plus grand service à son intéressant mutilé en ne cherchant pas à user du pied, ou du moins en se bornant à lui faire partager avec l'ischion le point d'appui nécessaire à une base solide de sustentation.

Plus tard, lorsque ce jeune homme se sera habitué à la marche avec un appareil prothétique, et qu'il faudra renouveler son membre artificiel, on pourra songer à employer le pied pour faciliter le jeu de l'appareil, et l'on reviendrait alors au principe posé par notre collègue.

La position très-modeste de ce jeune homme doit nous engager, afin de ne pas laisser notre tâche incomplète, à dire un mot de l'emploi des appareils les moins dispendieux.

La prothèse se pose deux buts : restaurer la fonction dévolue aux parties et cacher la difformité. Le premier point l'emporte de beaucoup sur le second ; mais celui-ci n'a pas exclusivement pour effet de satisfaire à un sentiment de pure coquetterie, ainsi qu'on le pense généralement. Les appareils dits de luxe, et que Amb. Paré désignait d'une façon pittoresque, sous le nom de *jambes des riches*, sont ceux qui renden aux mutilés les services les plus complets. Ainsi le pilon classique rend la marche possible; mais, en ne permettant pas la flexion du genou, il s'oppose à une foule d'attitudes du corps et interdit à ceux qui le portent l'exercice d'un grand nombre de métiers.



Fig. 13.

Dans les cas de simple déformation avec raccourcissement de l'un des membres abdominaux, l'artifice le plus simple est l'emploi des béquilles. Nous en avons dit les inconvénients ; ils sont si considérables, que les mutilés ont cherché à les diminuer, d'abord en ne faisant usage que de l'un de ces instruments, afin de rendre la liberté à l'une de leurs mains. Ils ont mieux fait encore ; comme le pied existe, ils ont fait adapter à la tige de la béquille un premier appendice sur lequel vient reposer l'extrémité du membre, puis un second au niveau de l'ischion, destiné à fournir un point d'appui au bassin. Cet appareil est très-

ancien, on le voit figurer dans les œuvres d'Amb. Paré sous le nom de *potence de grand artifice* [1] (figure 13).

Supprimez la partie supérieure de la béquille, fixez le reste soit au corps, à l'aide d'une ceinture, soit à la cuisse au moyen de courroies, et vous aurez le premier modèle de la *sellette*. Cet appareil, très-simple, s'il ne cache pas la difformité, rend la marche possible et laisse les membres supérieurs complétement libres. On a vu, dans nos deux premières observations de phocomélie unique, ce que peut l'industrie des individus quand elle est stimulée par la nécessité.

On pourrait créer facilement pour le jeune homme de Brest un modèle de sellette adaptée à la conformation de son membre; seulement, comme le pilon, cet appareil ne permettrait pas la flexion du corps. Il est donc un pis-aller que doivent accepter seulement les personnes qui ne peuvent faire la dépense d'une jambe artificielle.



Fig. 14.

Après avoir fourni la preuve des ressources de la prothèse dans les cas de phocomélie unique, il nous reste à dire un mot des services que peuvent rendre les appareils dans les cas où le vice de conformation, portant sur les deux membres abdominaux, les affecte d'une manière non symétrique.

Nous ne possédons qu'une seule observation, elle a été publiée par Breschet [2].

L'enfant, âgé de neuf ans, présentait une ectromélie bi-thoracique et une phocomélie bi-pelvienne (fig. 14). Nous devons borner notre examen à ce qui a trait à cette dernière anomalie.

---

(1) Œuvres d'Ambroise Paré; édit. Malgaigne, t. II, p. 621.

(2) Description d'un vice congénital de conformation de tous les membres. (*Bulletin de la Faculté de médecine*, t. VII, p. 33.)

Le membre abdominal droit, long de 5 pouces, est composé presque exclusivement du segment jambier. En explorant la racine du membre, dit Breschet on reconnaît un vestige du fémur très-difficile à distinguer à travers l'épaisseur des parties molles.

Le membre abdominal gauche a 8 pouces; cette différence est fournie par le segment crural qui existe et mesure 3 pouces.

Le pied droit ne présente seulement que trois orteils, le gros et les deux suivants.

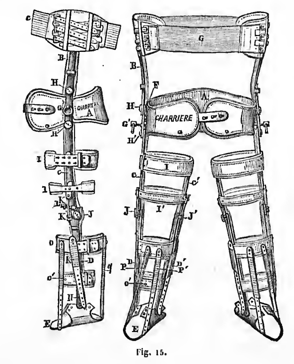


Fig. 15.

Le pied gauche en possède quatre; ils jouissent aussi de beaucoup de mobilité, et le gros orteil, ajoute Breschet, exécute un mouvement d'adduction qu'on pourrait comparer à l'opposition du pouce aux autres doigts de la main. C'est à l'aide de ce mouvement que l'enfant saisit et tient différents objets et qu'il peut ensuite les porter à sa bouche.

« L'enfant se tient habituellement sur les tubérosités de l'ischion; mais, dans la marche, il peut s'élever sur ses membres abdominaux imparfaits qui, jetés en avant, représentent des bras de leviers augmentant l'étendue de la base de sustentation.

« Dans la progression, l'enfant s'élève sur ses talons, et, par un mouvement de projection en avant, le tronc est détaché du sol et porté alternativement sur chaque membre abdominal, ainsi que sur le côté correspondant du bassin, et toujours en faisant décrire à ces parties une ligne courbe. Ces mouvements de progression sont même assez rapides. »

Tels sont les détails de l'observation qui nous intéressent plus spécialement. L'attitude dans laquelle cet enfant a été dessiné laisse à désirer au point de vue de notre sujet. Mais on se représente facilement un enfant dont les deux membres abdominaux offrent une différence de hauteur de 3 pouces et dont les pieds sont fortement déviés en dehors. A une telle conformation, il serait possible d'appliquer un de ces modèles ingénieux que M. Charrière construit dans les cas de déviation des membres inférieurs avec contracture musculaire (fig. 15). On parerait en même temps à la différence des membres.

Ceci dit surtout en vue de prouver les ressources variées de la prothèse; car dans l'espèce, ce petit garçon, tirant parti de son pied pour suppléer les mains qui lui font défaut, semblait voué, par la nature de son anomalie, à se servir rarement de ses membres inférieurs pour marcher.

Ce fait est remarquable encore en ce qu'il est le premier exemple d'un membre inférieur affecté de phocomélie, et qui, malgré ce vice de conformation, peut être converti en organe de préhension. On doit regretter l'absence de détails plus précis sur ce point.

(*La suite au prochain numéro.*)

Deux pétitions adressées au Sénat pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ont été accueillies avec une grande faveur, et, sur le rapport de M. Tourangin, elles été renvoyées aux ministres de la justice, de l'instruction publique et du commerce. L'honorable sénateur termine ainsi son rapport : « Il est impossible de ne pas reconnaître que la loi de l'an XI, quant à ses dispositions pénales, a besoin d'être mise en harmonie avec notre législation criminelle. Elle a, d'ailleurs, besoin d'être révisée dans son ensemble. Il sera digne du gouvernement de l'Empereur de résoudre des questions depuis si longtemps controversées, » et nous croyons pouvoir dire que les ministres compétents accepteront cette mission utile et délicate.

Les épreuves de la première série du concours de l'aggrégation en chirurgie et en accouchement sont terminées. Sont admis à subir les épreuves suivantes : pour la chirurgie, MM. Desprès, Guyon, Labé, Panas, Parmentier et Tillaux ; pour les accouchements, MM. Guéniot, Joulin et Salmon.

A la suite du concours pour les quatre places de chefs de clinique de la Faculté, ont été nommés : MM. Peter, Lancereaux, Blachez et Proust. MM. Bonfils, Baudot, Ball et Menjaud sont désignés comme chefs de clinique adjoints. Ce concours a présenté une particularité insolite. Dès que les premières épreuves furent terminées, le public attendait avec anxiété le résultat du vote éliminatoire, lorsque M. le doyen, après avoir pris l'avis du jury, est venu annoncer qu'en raison du mérite des candidats, il ne serait procédé à aucune élimination.

Le docteur Lubanski est appelé à la direction médicale de l'établissement hydrothérapique de Gérardmer (Vosges).

Nous avons à enregistrer une mort bien regrettable, celle de M. Moquin-Tandon, professeur de botanique à la Faculté, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Le savant professeur laisse une œuvre importante qui allait bientôt paraître sous ce titre : *Le monde de la mer*. Espérons qu'une main pieuse, prêtant son concours à MM. J.-B. Baillière et fils, dirigera l'impression du livre dans lequel sont exposées d'une manière remarquable la vie, les mœurs des animaux qu'on observe, soit à la surface des mers, soit dans leurs profondeurs, et les richesses de la flore marine.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'épilepsie dans ses manifestations légères, et de son traitement rationnel (1).

Par M. le docteur Michéa.

Obs. V. — Adrien J***, fils d'un employé, habitant la ville de Saint-Dizier, quatorze ans, constitution moyenne et tempérament lymphatico-nerveux. Il est né d'un père très-nerveux et d'une mère délicate et très-nerveuse elle-même. Il n'a jamais eu de maladie sérieuse, sauf une pneumonie dont il fut atteint à l'âge de sept ans. Il est pubère ou à peu près.

En 1858, alors qu'il n'avait que douze ans, Adrien J*** éprouva une vive frayeur, causée par une mystification : des camarades de pension le conduisirent dans une cave, et sortant des pistolets de leurs poches, et les plaçant devant une tête de mort, ils l'engagèrent à s'enrôler avec eux dans une prétendue secte de sorciers. Quelques jours après, Adrien J*** eut au milieu de la nuit une première attaque d'épilepsie.

Une seconde attaque survint deux mois plus tard, et depuis lors chaque crise reparaît à peu près au bout du même intervalle.

Les attaques ont principalement lieu la nuit, et quand elles se manifestent dans le jour, c'est seulement lorsque le sujet se trouve dans la position horizontale, étendu à terre ou sur un canapé. Ces attaques, rarement précédées de cris, commencent par des contractions des muscles du visage, qui gagnent ensuite les muscles des extrémités supérieures et inférieures. La face pâlit d'abord, puis rougit et devient ensuite violette. La connaissance se perd, il survient de l'écume à la bouche ; et après un sommeil stertoreux, d'une durée variable, le sujet se réveille en se plaignant d'avoir la langue mordue, les membres comme brisés, et en ne se rappelant rien de ce qui s'est passé pendant la crise.

Depuis le commencement de la maladie jusqu'au mois de juillet 1860, époque où je vis pour la première fois Adrien J***, qu'une personne de sa famille conduisait prendre des bains de mer conseillés par un honorable et savant praticien de Saint-Dizier, M. le docteur Maigrot ; depuis, dis-je, le commencement de la maladie jusqu'au mois de juillet 1860, le sujet n'avait eu en tout que douze accès.

Au mois de février de cette même année 1860, M. le docteur Maigrot avait déjà prescrit l'usage du valérianate d'atropine, dont il éleva graduellement la dose jusqu'à 3 milligrammes par jour, et qu'il donnait concurremment avec de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue. Durant cinq mois que dure ce premier traitement, les attaques convulsives ne revinrent qu'une seule fois.

(1) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 337.

Je conseillai la continuation de l'usage du valérianate d'atropine, à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour, alternativement suspendu et repris toutes les semaines, conjointement avec l'emploi de quelques autres moyens antispasmodiques.

Sous l'influence de ce traitement, les attaques d'Adrien J*** s'affaiblirent et s'éloignèrent de plus en plus. J'ai quelquefois des nouvelles de ce jeune homme, dont la famille habite toujours Saint-Dizier, et dont M. docteur Maigrot continue à être le médecin, et j'ai appris tout récemment par le père que la dernière attaque remontait à plus de dix-huit mois.

L'absence et le vertige peuvent aussi se manifester non plus d'emblée, primitivement, mais après les grandes attaques d'épilepsie. Ce sont alors des diminutifs des violents accès, avec lesquels ils se mêlent ou finissent par alterner.

Obs. VI. — M. F***, notaire, est d'une faible constitution et d'un tempérament nerveux. Froid en apparence, il est au fond excessivement impressionnable : la moindre affaire le préoccupe dans le jour, et la nuit l'empêche de dormir, dès que cette affaire est de nature à lui susciter quelque ennui.

Dans sa jeunesse, la vue d'une femme lui causait un ébranlement nerveux général, et il tremblait de tous ses membres avant l'acte du coït. Il est fils d'un père qui a succombé à une méningite, et il a eu un frère, en proie pendant plusieurs années à une névrose de l'estomac, qui a péri subitement d'une attaque d'apoplexie à la suite d'un bain froid.

Sauf un suintement séreux par l'oreille droite, qui a duré plusieurs années, et de fréquentes angines, M. F*** n'avait jamais été malade. En 1847, il perdit sa femme, et cette mort lui occasionna une profonde douleur. Il éprouva beaucoup de contrariétés en 1849. Remarié depuis l'année 1850, il est très-modéré dans les plaisirs de l'amour comme dans ceux de la table ; mais il n'est pas aussi contenu dans les devoirs que lui impose sa profession de notaire : il travaille habituellement douze à quinze heures par jour, et très-souvent il reste à son bureau une grande partie de la nuit.

Le 18 septembre 1855, sans autre cause connue que des excès de travail intellectuel, M. F***, alors âgé de quarante-trois ans, est pris d'une grande attaque d'épilepsie peu d'instants après la consommation de l'acte du coït. Cette attaque survint la nuit et sans aucun signe précurseur. Cri initial, perte complète de connaissance, écume à la bouche, morsure de la langue, convulsions générales suivies de sommeil stertoreux, rien n'y manqua. Cette première attaque resta ignorée de tout le monde, même du médecin habituel ; seulement le malade, qui l'attribuait au coït, jugea prudent de faire lit à part, du moins pendant quelque temps.

Le 6 janvier 1856, cinq jours après avoir repris le lit commun, M. F*** a une seconde attaque, encore la nuit, et aussi forte que la première. On se borna pour tout traitement à lui pratiquer une émission sanguine, et à lui défendre le coït d'une manière absolue.

Troisième attaque le 18 du même mois. Celle-ci survint le soir, après le dîner ; elle fut aussi violente que les deux autres. On appliqua un vésicatoire au bras, et on conseilla un régime tonique.

Quatrième attaque le 18 mars, également le soir. Une cinquième le 13 avril.

Dans l'intervalle de ces deux dernières attaques, le malade commença à éprouver de simples vertiges, au milieu desquels, sans tomber et sans perdre entièrement connaissance, il sentait son intelligence comme se voiler, son cœur comme cessant de battre, et ses yeux comme roulant dans les orbites, vertiges dont la durée n'excédait pas quelques secondes, et qui n'entraînaient après eux ni fatigue ni envie de dormir. On soumet alors M F*** à l'usage des bains froids, et peu de jours après avoir pris le premier bain, il a deux grandes attaques dans la journée, ce qui n'était encore jamais arrivé.

Le malade vint nous consulter le 9 août, et nous lui prescrivîmes le valérianate d'atropine, à la dose de 1 milligramme par jour, puis à celle de 2 au commencement de la seconde semaine, en suspendant et en reprenant la médication alternativement pendant quinze jours. Ce traitement fut suivi exclusivement et avec beaucoup d'exactitude pendant plus de six mois. Au bout de ce temps, le malade vint nous voir pour nous annoncer qu'il n'avait plus de grandes attaques, mais qu'il était seulement en proie à de simples vertiges. Cette amélioration, qui causait la plus grande satisfaction à M. F*** en faisant rentrer l'espoir dans son âme, s'est-elle soutenue ? Je l'ignore, n'ayant plus revu le malade ni entendu parler de lui.

Le fait suivant est beaucoup plus propre à démontrer la possibilité de faire avorter parfois les grandes attaques d'épilepsie ou tout au moins de les transformer en simples vertiges et même en pures secousses, remplaçant ainsi les grandes attaques pendant un temps plus ou moins long.

Obs. VII. — Madame V***, d'une forte constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin, est âgée de vingt-six ans. Elle fut réglée assez tard et difficilement. Elle eut beaucoup à souffrir des brusqueries d'un père qui, dès qu'elle fut sortie de pension, la contraignit à se livrer à un travail de comptabilité très-fatigant.

A l'âge de dix-huit ans, elle est prise subitement d'une attaque convulsive avec perte de connaissance, écume à la bouche, morsure de la langue, etc. Un médecin, appelé sur-le-champ, pratiqua une saignée et employa le musc et la valériane, le tout sans succès, car cette attaque fut suivie de plusieurs autres dans l'intervalle de quelques mois. Les accès se manifestaient toujours entre cinq et huit heures du matin, et, se rapprochant de plus en plus, ils étaient devenus à peu près bi-mensuels : habituellement l'un survenait quelques jours avant l'époque des règles et l'autre vers la fin. Les attaques étaient souvent entremêlées d'éblouissements qui duraient quelques secondes, éblouissements au milieu desquels la malade ne perdait pas connaissance, mais voyait les objets changer

de couleur ou tourner, et ressentait de la roideur dans les muscles du cou.

Il y avait un an que l'épilepsie existait, quand je vis pour la première fois la malade qui n'était pas encore mariée. Les grandes attaques continuant toujours à se prodnire à peu près deux fois par mois, l'une avant et l'autre après l'époque des règles, je prescrivis les pilules suivantes :

Valérianate d'atropine....................	2 centigrammes.
Conservo de roses, q. s.	

pour 20 pilules.

La malade prit d'abord une seule pilule par jour pendant une semaine, puis deux au bout de ce temps, sans jamais dépasser ce nombre, cessant et reprenant alternativement les pilules tous les quinze jours.

Ce traitement fut suivi scrupuleusement. D'abord il parut rendre les attaques plus fortes et plus fréquentes. Mais au bout de trois mois, celles-ci avaient déjà beaucoup perdu de leur intensité, et, au lieu de deux et trois par mois, il n'en survenait plus qu'une. Au bout d'un an, il n'y avait plus de grandes attaques. Seulement chaque mois, à l'approche des règles, la jeune fille éprouvait des secousses rapides semblables à des secousses électriques, mais avec conservation pleine et entière du sentiment et de la connaissance. Cette amélioration considérable se soutint pendant plus de deux ans.

Comptant alors sur une guérison radicale, la famille, sans consulter personne, laissa la jeune fille, alors âgée de vingt-trois ans, contracter un mariage projeté depuis longtemps. Une grossesse survint presque aussitôt. Pendant les six premiers mois, les secousses étaient presque imperceptibles, mais deux grandes attaques précédèrent l'accouchement. Le premier traitement fut repris, et cette seconde fois, sans triompher complétement de la maladie, il réussit encore à transformer les grandes attaques en simples secousses. Enfin les choses en étaient là depuis trois ans, quand la malade éprouva pour la troisième fois une série de grandes attaques.

Pour tout médecin qui croit au progrès de la physiologie et à l'influence qu'il peut exercer sur celui de la thérapeutique, la question du siége et de la nature de l'épilepsie est d'une importance capitale ; car comment espérer voir sortir le traitement de cette névrose des ornières de l'empirisme, comment vouloir la combattre par des moyens rationnels, si l'on ne cherche pas préalablement d'abord à la localiser, puis à en formuler une théorie basée sur son essence ? Malheureusement, il règne encore beaucoup de désaccord parmi les auteurs qui ont agité récemment cette double question.

Pour les uns, le siége de l'épilepsie ne serait pas mieux établi

aujourd'hui qu'autrefois, c'est-à-dire qu'il serait illusoire de prétendre le circonscrire dans un point particulier des centres nerveux ; pour d'autres, la question aurait, au contraire, fait un pas considérable : toutes les parties des centres nerveux ne participeraient pas également et simultanément à la production d'un accès d'épilepsie, et l'on pourrait y désigner positivement la région d'où émane le symptôme qui engendre tous les autres. La première opinion est surtout prédominante chez nous, où elle a été défendue récemment avec distinction par M. Delasiauve et ensuite par M. Jules Falret. La seconde est presque générale à l'étranger, surtout en Angleterre, en Hollande, en Allemagne, où elle a eu naguère pour représentants Marshal Hall et Schrœder Van der Kolk, et où elle est soutenue aujourd'hui au delà de la Manche par M. Brown-Séquard, M. Edward Henri Sieveking, M. Charles Bland Radcliffe, M. J. Russel Reynols, etc.

Avant la connaissance de la loi de dynamique nerveuse établie par Marshal Hall et Muller, c'est-à-dire quand on croyait en physiologie, avec Haller et Bichat, que le principe moteur des nerfs n'agissait que dans un seul sens, dans le sens direct, de haut en bas, du centre à la circonférence, la théorie du mal caduc, surtout celle de l'épilepsie sympathique, était environnée des plus épaisses ténèbres ; mais aujourd'hui, grâce à l'intervention de cette loi, rien n'est plus facile à comprendre que l'origine et la filiation des phénomènes qui constituent l'accès de la névrose en question.

Le physiologiste auquel revient une si large part dans la découverte des phénomènes connus sous le nom d'actes réflexes, Marshall Hall, est le premier auteur qui fixa le siége de l'épilepsie dans le centre du système spinal. Selon lui, cette névrose est une simple surexcitation des fonctions de la moelle allongée, et le premier effet de cette surexcitation, c'est la contraction spasmodiqne, tantôt isolée et tantôt simultanée, des muscles du cou et des muscles du larynx.

Or, la conséquence immédiate de la contraction spasmodique des muscles du cou, du *trachélisme*, comme Marshall Hall la nomme, c'est la compression des veines et des capillaires de cette région, d'où le gonflement des jugulaires, le teint pourpré de la figure d'une part, et de l'autre l'engorgement du cerveau, d'où les vertiges, l'oubli, degré de l'épilepsie auquel l'auteur donne le nom de *petit mal*.

Quand les contractions spasmodiques portent sur les muscles du larynx, quand elles déterminent l'occlusion de la glotte, en un mot quand il y a ce que l'auteur appelle *laryngisme*, le cri initial, les

efforts violents d'inspiration ou d'expiration, les convulsions générales, le coma, le stertor en sont les effets, c'est-à-dire qu'on voit surgir tous les symptômes du *grand mal.*

Lumineuse, satisfaisante sur beaucoup de points, la théorie de Marshall Hall laisse à désirer, est insuffisante sur d'autres. Elle fait par exemple une trop large part à la congestion cérébrale dans la production des symptômes psychiques. On ne peut pas en effet attribuer la perte complète ou incomplète de connaissance à la stase sanguine produite dans le cerveau par la compression des veines du cou, puisque cette stase n'existe pas au début des grandes attaques, comme le prouve la pâleur, la décoloration du visage, qui ne devient vultueux, pourpré que plus tard, et puisque surtout la congestion cérébrale n'a jamais lieu dans les accès légers, dans l'absence ou le vertige, témoin la figure qui reste depuis le commencement jusqu'à la fin aussi pâle, aussi décolorée que dans la syncope, et témoin aussi l'état des veines du cou, qui ne sont jamais distendues. On ne comprend pas non plus, dans la théorie de Marshall Hall, le rapport qui peut exister entre le développement des convulsions générales et l'occlusion de la glotte, car, suivant l'auteur si la glotte n'est pas fermée, il ne peut y avoir que des convulsions partielles.

Les cas légers d'épilepsie, ceux dans lesquels le trouble psychique paraît représenter tout l'accès, les attaques sans phénomènes convulsifs ou plutôt avec des convulsions très-faibles et très-partielles, les absences ou les vertiges, sont un des plus puissants arguments qu'on oppose à la doctrine des auteurs qui subordonnent dans l'enchaînement et la filiation des symptômes de l'épilepsie les troubles psychiques ou sensoriaux aux troubles de la motilité, qui pensent que le siége de cette névrose est non pas dans le cerveau, mais dans le centre du système spinal. Mais qu'il me suffise de répondre que cette objection sérieuse n'existe pas dans une théorie plus nouvelle, celle de M. Brown-Séquard, théorie suggérée par une des conquêtes de la physiologie expérimentale, l'action du grand sympathique sur les vaisseaux.

On sait en effet, depuis les belles expériences de M. Claude Bernard, que, en coupant le grand sympathique au cou, c'est-à-dire en détruisant l'action de ce nerf sur les vaisseaux de la face et du cerveau, on détermine un relâchement de ces vaisseaux, et partant une accumulation de sang artériel et une élévation de température dans les parties où ils se distribuent. On sait aussi, grâce aux expériences de M. Brown-Séquard, qui servent de contre-partie à celles

de M. Claude Bernard, que, en galvanisant le grand sympathique à la même région, au lieu de le couper, on produit sur les vaisseaux capillaires de la face et du cou le phénomène inverse, c'est-à-dire une contraction qui empêche l'abord du sang dans ces vaisseaux. Or, de cette dernière expérience physiologique, M. Brown-Séquard conclut que, dans l'épilepsie, un des premiers effets de l'action surexcitée de la moelle allongée est la contraction spasmodique des vaisseaux capillaires du cerveau et de la face par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs du grand sympathique, d'où la pâleur du visage et la perte de connaissance, c'est-à-dire de purs produits d'une anémie cérébrale comme dans la syncope

Mais, répondent les adversaires des théories de Marshall Hall et de M. Brown-Séquard, en supposant que ces théories suffisent à expliquer et le mécanisme de toutes les périodes d'un accès de mal caduc et celui de tous les degrés de cette névrose, elles ne parviendraient pas à donner la raison des symptômes qui se manifestent avant ces attaques ou qui se produisent dans l'intervalle de celles-ci. Sans doute, les accès de mal caduc sont parfois précédés plus ou moins immédiatement par différents troubles sensoriaux, intellectuels ou même purement affectifs, et sous ce rapport, l'observation clinique semble tout d'abord donner raison aux auteurs qui nient que la moelle allongée soit le siége de l'épilepsie. Ainsi, par exemple, plusieurs jours, plusieurs heures, ou même seulement quelques minutes avant leurs accès, certains épileptiques ont des hallucinations ou des illusions des sens ; d'autres éprouvent de la lenteur dans l'enchaînement des idées, de la confusion dans la mémoire, ou bien de la loquacité, de l'agitation. Beaucoup enfin deviennent irritables, inquiets, mélancoliques, impatients, colères, maussades, soupçonneux, querelleurs, et pour les malades, comme pour les personnes qui les entourent, ces phénomènes cérébraux sont un indice infaillible du retour très-prochain des attaques.

Loin d'être un argument contre la théorie de Marshall Hall, modifiée par M. Brown-Séquard, tous ces symptômes précurseurs ne font que la confirmer. Et d'abord beaucoup d'hallucinations et d'illusions des sens peuvent être considérées comme des *aura*. Or, l'épilepsie à *aura* est précisément une des meilleures preuves à l'appui de l'opinion que le point de départ de l'accès de mal caduc peut se trouver ailleurs que dans le cerveau, et que le centre du système spinal joue un rôle capital dans cette névrose.

Quant au trouble des facultés intellectuelles ou morales, on peut répondre que ce phénomène prodromique se produit seulement chez

les épileptiques dont le mal est déjà ancien, et qu'il n'est nullement établi par l'observation clinique qu'il puisse se manifester en qualité de symptôme précurseur d'un premier accès de haut mal. Dans toute forte attaque d'épilepsie, il arrive un moment en effet où, comme on le sait, les veines du cou sont comprimées par la contraction spasmodique des muscles de cette région (trachélisme de Marshall Hall). Or, l'effet immédiat de cette compression des jugulaires est la difficulté du retour du sang de la tête au cœur, et par conséquent une stase de ce liquide dans le cerveau, stase qui produit la turgescence et la couleur violacée de la face, qui donne lieu à la période de coma et de stertor, et qui est la cause des petites taches ecchymotiques qu'on observe au front de beaucoup de sujets après leurs accès. On comprend donc sans peine que les stases sanguines passagères du cerveau, effet immédiat des grandes attaques de mal caduc, ne peuvent guère se répéter sans laisser dans ce viscère des vestiges permanents d'hypérémie des vaisseaux capillaires, voire même à la rigueur d'inflammation chronique des méninges ou de la pulpe cérébrale, d'où les symptômes psychiques qui précèdent parfois les attaques d'épilepsie, et surtout ceux les suivent.

Une autre preuve que la moelle allongée est le siége de l'épilepsie, et que dans les accès de cette névrose les symptômes psychiques sont toujours secondaires, subordonnés aux troubles de la motilité, c'est que le mal caduc succède très-rarement à la folie simple, tandis que l'aliénation mentale est très-souvent, au contraire, la terminaison finale, le couronnement en quelque sorte de l'épilepsie.

Dans toute grande attaque d'épilepsie, il y a donc d'abord la période de contraction spasmodique des vaisseaux de l'encéphale déterminée sous l'influence des nerfs vaso-moteurs, contraction qui est un des premiers effets de la surexcitation de la moelle allongée, et qui a pour résultat d'empêcher le sang d'arriver librement au cerveau, c'est-à-dire qui produit une anémie passagère de cet organe, d'où la perte de connaissance et la pâleur du visage, comme dans la syncope. Puis à cette période, dans laquelle survient ordinairement la convulsion des muscles de la glotte, cause du cri initial [1], succède la période de stase sanguine provenant de la compression

[1] Il n'est plus permis aujourd'hui de considérer le cri initial des violents accès de mal caduc comme une expression de souffrance ou de surprise, comme une sorte de signal d'alarme, conséquemment comme un acte volontaire. S'il en était ainsi, les épileptiques devraient garder le souvenir d'avoir poussé ce cri, ils devraient se le rappeler comme ils se rappellent les phénomènes pré-

exercée sur les jugulaires par la convulsion des muscles du cou, d'où la turgescence et la couleur violacée de la face, le coma et le stertor.

Dans les manifestations les plus faibles de l'épilepsie, dans l'absence et dans le vertige, au contraire, la convulsion des muscles du cou n'existe pas, ou du moins n'est jamais assez forte pour amener une stase sanguine dans le cerveau en comprimant les veines jugulaires, et tous les troubles psycho-sensoriels sont exclusivement dus à l'anémie passagère, effet de la contraction spasmodique des vaisseaux de l'encéphale.

Grâce aux travaux les plus récents en histologie, on comprend très-bien, du reste, aujourd'hui la possibilité de guérir l'épilepsie commençante, du moins celle qui, dans le principe, est étrangère à toute lésion organique. Un célèbre professeur à l'université d'Utrecht, qui a examiné soigneusement au microscope la moelle allongée de 14 épileptiques morts au milieu ou dans l'intervalle de leurs attaques, Schrœder Van der Kolk a constaté dans cette portion du système spinal une hypérémie et une dilatation notables des vaisseaux capillaires, dilatation et hypérémie beaucoup plus prononcées aux environs des racines du nerf hypoglosse chez ceux de ces épileptiques qui se mordaient la langue. Or, pour cet auteur, tant que la surexcitation des fonctions de la moelle allongée n'a produit dans cette portion du système spinal que de l'hypérémie et qu'une simple dilatation des vaisseaux capillaires, l'épilepsie est encore curable. Mais chaque accès convulsif augmente l'état d'hypérémie. Celle-ci accroît à son tour le trouble des fonctions de la moelle, et quand les attaques se sont répétées un grand nombre de fois, des dépôts albumineux se forment autour des capillaires dilatés, il survient une dégénérescence graisseuse qui aboutit à l'induration, puis au ramollissement, et alors l'épilepsie devient complétement rebelle aux ressources de l'art.

D'un autre côté, la physiologie expérimentale, représentée aujourd'hui avec tant d'éclat chez nous par les Flourens, les Claude Bernard et les Longet, a démontré d'une manière précise sur quel organe ou sur quel système de l'économie un certain nombre de substances toxiques exercent leur influence élective. On sait, en

curseurs de l'attaque. Or, rien de tout cela n'a lieu : le cri initial des épileptiques échappe complétement à leur conscience. C'est un phénomène purement réflexe, un effet tout mécanique de la convulsion portant sur l'organe de la voix, le résultat inconscient et involontaire du passage de l'air expiré à travers les lèvres de la glotte resserrée.

effet, par exemple, que la strychnine agit sur le système spinal, l'opium sur les lobes cérébraux, le sulfo-cyanure de potasse sur la fibre musculaire, le curare sur les nerfs moteurs. De la notion des propriétés paralysantes de ce dernier poison à l'idée de le proposer pour combattre les maladies convulsives en général, et en particulier l'épilepsie et le tétanos, le lien était logique, l'induction naturelle. Cette induction était d'autant plus légitime que plusieurs physiologistes, M. Virchow, en Allemagne, et M. Harley, en Angleterre, avaient institué des expériences qui tendaient à prouver que, chez les animaux, la strychnine et le curare se neutralisaient réciproquement. Toutefois on ne tarda pas beaucoup à revenir de cette illusion. Et d'abord une seule des nombreuses expériences de M. Virchow se montrait concluante : toutes les autres se trouvaient incomplètes ou négatives, attendu que les animaux étaient morts sous l'influence de la trop grande énergie des deux agents toxiques. Des trois expériences faites sur les batraciens par M. Harley, il n'y en avait aussi qu'une seule dans laquelle il était bien démontré que l'animal eût survécu. Dans toutes celles auxquelles s'est livré M. Vulpian, afin de vérifier les assertions du professeur de physiologie et d'histologie de l'université de Londres, les animaux ont également tous succombé (*Union médic.*, numéro du 15 janvier 1857). Mais si, à proprement parler, on ne pouvait pas soutenir avec M. Harley, qu'il y avait antagonisme entre les deux poisons, on ne pouvait non plus se dissimuler, comme l'a constaté M. Vulpian, que chez les animaux préalablement empoisonnés par une dose très-atténuée de curare, la strychnine ne produisît des convulsions, sinon moins prolongées, du moins beaucoup plus faibles que si cet alcaloïde eût été employé isolément. On peut en dire autant d'ailleurs des animaux soumis au strychnisme, après avoir été préalablement empoisonnés par l'atropine. Nous avons fait nous-mêmes cette dernière expérience sur des grenouilles un assez grand nombre de fois, et toujours nous avons constaté que sans prévenir entièrement le strychnisme, c'est-à-dire sans neutraliser la manifestation des mouvements convulsifs, l'atropine diminuait beaucoup l'énergie du pouvoir réflexe, et que d'une autre part les grenouilles succombaient avec un relâchement musculaire extrême.

Dans le traitement rationnel de l'épilepsie, l'atropine est préférable au curare, proposé par M. Thiercelin, parce qu'elle n'affecte pas exclusivement le système nerveux moteur comme ce dernier poison, parce qu'elle tend à paralyser aussi le système nerveux sensitif, d'où proviennent le plus grand nombre des phénomènes

précurseurs du mal caduc. Enfin, si le système spinal est réellement le siége immédiat de l'épilepsie, et si la nature de cette névrose consiste dans une surexcitation des fonctions de la moelle allongée, l'atropine vaut mieux que le chloroforme, puisque, d'après les expériences de M. Flourens, cette dernière substance déprime l'action du système encéphalique avant de déprimer celle du système spinal, tandis que, comme nous avons essayé de le prouver [1], l'atropine tend à abolir le pouvoir du système spinal avant d'abolir celui du système cérébral.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'opération de la trachéotomie chez les enfants.

Par M. J. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades.

La trachéotomie est une des opérations que le médecin est souvent appelé à pratiquer d'urgence dans quelques maladies des voies aériennes : le croup, par exemple. Si le succès de l'opération dépend principalement des conditions dans lesquelles se trouve le malade, et de l'indication à son emploi, il peut aussi être aidé par une bonne exécution.

On s'attendrait à trouver dans les traités de médecine opératoire une description précise de la trachéotomie, des règles sûres qui puissent guider le médecin dans l'exécution de l'opération, et lui permettre de la pratiquer aussi sûrement que possible. Il n'en est rien. La trachéotomie est une des opérations dont les préceptes sont le moins bien formulés, et quiconque voudrait la pratiquer chez un enfant atteint de croup, en suivant les règles tracées par les auteurs, se trouverait embarrassé, et souvent aux prises avec de grandes difficultés.

Le nombre et la variété des instruments indiqués viennent ajouter aux embarras, multiplier les difficultés et jeter l'incertitude dans l'esprit du praticien. On a imaginé un grand nombre d'instruments pour pratiquer la trachéotomie : quelques-uns, d'une conception assez ingénieuse, semblent remplir toutes les conditions, et pouvoir permettre à l'homme le moins exercé de pratiquer cette opération sans grande difficulté. Mais la plupart de ces inventions déposent

---

[1] Voir notre travail sur les effets physiologiques de l'atropine (*Gazette des hôpitaux*, numéros 141, 142 et 145, décembre 1861).

plutôt en faveur de l'esprit ingénieux que de l'expérience de leurs auteurs.

L'opération de la trachéotomie, pour être pratiquée sûrement et rapidement, n'exige aucun de ces instruments spéciaux : érignes, crochets, pinces tranchantes et dilatantes, etc., etc. Un bistouri convexe, légèrement pointu, une pince dilatatrice, dite de Trousseau ou de Guersant, et, comme accessoires, deux crochets mousses, voilà tout l'appareil instrumental indispensable à cette opération.

Je rejette comme inutiles, et même comme nuisibles, les divers instruments spéciaux dont nous avons fait une simple énumération. Je ne crois pas devoir insister sur la nécessité des canules, que rien ne saurait remplacer dans les cas de croup, malgré quelques assertions avancées récemment dans une discussion académique.

Les règles principales de l'opération de la trachéotomie comprennent :

a. La position du malade et des aides ; *b*. l'incision de la peau et des parties molles ; *c*. l'exploration et la ponction de la trachée ; *d*. l'introduction de la pince dilatatrice et de la canule ; *e*. les accidents primitifs de l'opération.

a. Position du malade et des aides. — Ce préliminaire de l'opération de la trachéotomie est plus important qu'on ne pourrait le penser : certains embarras, des difficultés survenues pendant son exécution, sont quelquefois occasionnés par la manière vicieuse dont les malades ont été placés et maintenus. On ne saurait donc trop insister sur l'importance de ce premier temps, et veiller à ce préliminaire important de l'opération. L'enfant doit être couché sur un matelas placé sur une table, le cou appuyé sur un traversin, la tête fortement renversée en arrière ; un aide à genoux, placé derrière, maintient solidement la tête dans cette position, en tenant ses deux mains appliquées sur les mâchoires ; un second aide fixe les épaules et empêche le moindre mouvement. Le malade, ainsi maintenu, se trouve immobilisé et sa trachée à l'abri de ces oscillations dont parlent les auteurs, et contre lesquelles ont été imaginés les érignes et les crochets fixateurs : M. Trousseau a très-bien fait ressortir l'avantage d'immobiliser ainsi la région soumise à l'opération. La tête du malade, étant fortement renversée en arrière, fixe la trachée, la rend plus saillante, découvre aussi toute la région du cou, dont la partie moyenne correspond au cartilage cricoïde, point où doit commencer l'incision de la peau.

b. Incision de la peau et des parties sous-jacentes. — L'opérateur,

placé à droite du malade, explore la région laryngienne et touche du doigt et mesure de l'œil le chemin que son bistouri doit parcourir. Il incise la peau sur la ligne médiane, dans une étendue de $0^m,03$ à $0^m,04$ à commencer du point que j'ai indiqué plus haut. Cette première incision, faite vivement mais sans précipitation, entame le derme et la couche graisseuse sous-cutanée ; le bistouri est rapidement porté au fond de la première incision, et divise successivement l'aponévrose cervicale et l'intervalle musculaire jusqu'au corps thyroïde, sans qu'il soit nécessaire de s'arrêter à faire éponger le sang, donné par la division des veines superficielles.

c. Exploration et ponction de la trachée. — La première incision pratiquée, le doigt indicateur est porté dans la plaie, explore cette région et reconnaît la trachée, fixe la pulpe sur cet organe, en y appuyant l'ongle ; le même bistouri qui a servi à l'incision des parties molles, tenu comme une plume à écrire, est appliqué sur l'ongle du doigt comme sur un conducteur, et ponctionne ce canal : un sifflement caractéristique indique que l'instrument a ouvert la trachée.

d. Introduction de la canule. — L'opérateur, sans abandonner de son ongle la plaie trachéale, prend la pince dilatatrice au niveau de l'articulation des branches, de manière que les anneaux soient plutôt du côté dorsal de la main que du côté palmaire. La pince est introduite en glissant sur l'ongle ; une légère pression écarte les branches de l'instrument et dilate l'ouverture par où doit passer la canule. Ce temps de l'opération exécuté, l'enfant doit être aussitôt relevé, et placé sur son séant, de façon à lui permettre d'expulser les fausses membranes ou le sang qui a pu couler dans les voies aériennes. La canule, armée d'un mandrin, est introduite, en ayant la précaution de porter le bout directement au fond de la plaie, pour éviter que l'instrument ne butte contre les lèvres de l'ouverture trachéale et ne glisse au-devant de cet organe. On reconnaît que la canule est dans les voies aériennes au passage libre de l'air par son ouverture ; on doit bien s'en assurer avant de fixer la canule. J'ai dit qu'il est nécessaire de s'assurer si la canule est bien dans la trachée, car il arrive quelquefois que l'instrument, soit par précipitation au moment de l'introduction, soit par le peu d'étendue de la plaie de la trachée, ou bien par toute autre cause, il arrive, dis-je, que l'instrument glisse au-devant de la trachée ; c'est pour éviter cet accident, et faciliter l'entrée de la canule qu'un interne distingué de l'hôpital des Enfants, M. Laborde, a imaginé une pince dilatatrice à trois branches. Cette modification remplit parfaitement son but, et sans aucun doute l'instrument en question est commode et

utile ; mais son entretien est plus difficile, et s'il n'est pas fabriqué avec grand soin, il se fausse facilement, ce que j'ai été à même de constater ; c'est pourquoi je préfère la pince ordinaire, dite de Guersant, à celle dont je viens de parler, en reconnaissant toutefois ce qu'elle peut avoir d'avantageux.

Dans les cas où l'ouverture de la trachée se trouve trop petite pour l'entrée de la canule, il est facile de l'agrandir en portant un bistouri boutonné sur l'angle supérieur de la plaie trachéale et en y pratiquant un léger débridement. La plaie de la trachée ne doit pas avoir une grande étendue : il y a plutôt inconvénient qu'avantage à ouvrir largement ce canal, car, au cas où la plaie est trop petite, il est toujours temps de l'agrandir.

e. Accidents primitifs de l'opération. — Les accidents qui suivent l'opération sont de trois ordres : 1° glissement de la canule au-devant de la trachée ; 2° hémorrhagie ; 3° emphysème.

1° Glissement de la canule. Nous venons de parler de ce premier accident et du moyen de l'éviter.

2° Hémorrhagie. Le jeu normal de la respiration établi naturellement ou par des moyens artificiels, tels que des frictions ou des secousses du thorax, dans le but de régulariser le jeu des muscles respirateurs, l'hémorrhagie s'arrête ; si l'écoulement de sang continue, il peut venir par la plaie ou par l'ouverture de la canule. L'hémorrhagie est presque toujours produite par la blessure des veines de la région, veines nombreuses quelquefois, distendues et gorgées de sang ; lorsque la plaie des parties molles a une grande étendue, qu'elle se rapproche beaucoup de la fourchette sternale, il y a grande probabilité que des troncs veineux plus volumineux, plus nombreux, ont été ouverts. L'hémorrhagie s'arrête le plus souvent par la régularisation de la respiration ; si elle persiste, il faut empêcher l'écoulement du sang par l'application de rondelles d'agaric imbibées de baume du Commandeur. Si le sang bouillonne par la canule, c'est que la plaie de la trachée est trop grande et que le sang trouve un accès facile dans cet organe, dans les mouvements d'inspiration ; dans ce cas, si l'hémorrhagie continue, il faut se hâter de changer la canule et de la remplacer par une autre d'un calibre supérieur, suffisant pour fermer la plaie trachéale.

3° Emphysème. L'emphysème de la région du cou s'étendant parfois assez loin, s'observe quelquefois dans les cas où l'opération a été laborieuse ; elle est toujours le résultat du défaut de parallélisme de la plaie trachéale et de la plaie cutanée. L'incision des parties peut avoir été pratiquée à côté de la ligne médiane, des

mouvements brusques de l'enfant mal contenu ont déplacé la trachée, ou bien quelque retard dans l'introduction de la canule ont favorisé le passage de l'air dans le tissu cellulaire. Une plaie trop grande de la trachée ou une canule trop petite a laissé un espace par lequel ce fluide, chassé vigoureusement dans les accès d'expiration, s'est répandu dans le tissu cellulaire de la région. Des frictions, des pressions, le massage de la région emphysémateuse, doivent être pratiqués pour répandre l'air situé dans le tissu cellulaire et favoriser son absorption.

Pendant toute la durée de l'opération de la trachéotomie, une précaution indispensable doit être observée : il faut avoir grand soin de tenir les enfants bien couverts et à l'abri d'un refroidissement ; cela est d'autant plus nécessaire qu'on se met ainsi en garde contre des complications qui pourraient en être la conséquence.

Ostéoplastie appliquée à la restauration du nez.

Lu à la Société impériale de médecine de Lyon,
par M. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Dans un rapport que vous présentait, il y a quinze mois, M. Rollet, sur les travaux qui devaient me constituer des titres à vos suffrages, notre collègue voulut bien appeler votre attention sur les applications à la chirurgie de mes expériences sur les propriétés du périoste. J'avais alors mis une première fois en pratique mes idées sur l'ostéoplastie ; mais tout en établissant le principe, je n'avais pas envisagé la série des cas auxquels il serait applicable. Les difformités qu'on peut être appelé à réparer par l'ostéoplastie sont d'ailleurs si différentes entre elles, et par cela même si variées malgré leur rareté relative, qu'on ne peut établir *à priori* les règles applicables à chaque cas. Et, pour me borner à la restauration du nez qui me paraît être l'opération sur laquelle l'ostéoplastie peut le plus utilement s'exercer, je crois que, dans la plupart des cas difficiles, le chirurgien devra être à même de modifier les règles établies, ou du moins, de combiner pour le cas présent les procédés déjà usités.

Quand une méthode nouvelle est proposée, il faut, pour la faire accepter, deux garanties essentielles : il faut d'abord qu'elle soit rationnelle, c'est-à-dire d'accord avec les faits physiologiques, et puis ensuite qu'elle ne fasse pas courir au malade de danger sérieux.

L'ostéoplastie me paraît aujourd'hui présenter ces conditions, et l'on peut répondre par des faits déjà observés à la plupart des objec-

tions qu'on pouvait faire valoir d'avance contre cette méthode et que j'ai dû m'adresser moi-même avant de la proposer. Quant à son efficacité, condition indispensable pour qu'elle reste dans la pratique, elle a été, ce me semble, déjà démontrée par un nombre de faits suffisants, appartenant à M. Langenbeck ou à moi-même, pour qu'on ne puisse pas en contester la réalité. Il y a cependant encore quelques points à éclaircir, ou à fixer dans cette question née d'hier et qui ne peut accumuler que lentement les matériaux cliniques qui lui sont nécessaires.

C'est ce motif qui m'engage à vous soumettre un nouveau fait dans lequel j'ai mis en pratique cette méthode, en employant un nouveau procédé.

La rhinoplastie totale, c'est-à-dire la restauration de la totalité ou de la plus grande partie du nez, est une opération que la plupart des chirurgiens de nos jours avaient abandonnée. L'enthousiasme qui accueillit, il y a une quarantaine d'années, les tentatives de Carpue, Græfe, Dupuytren, Delpech, et plus tard celles de Dieffenbach, avait fait place à une répulsion générale. On se résignait à invoquer le secours de la prothèse; et, au lieu de cet informe tubercule cutané que la rhinoplastie avait fabriqué jusque-là, on préférait faire porter à ses malades un nez d'argent ou de carton. Je ne veux pas médire de la prothèse, c'est une ressource à laquelle on sera encore forcé de recourir bien des fois, mais je ne la considère pas comme le dernier mot de l'art. Je crois que nous ne devons pas renoncer à la rhinoplastie, mais que nous devons, au contraire, travailler à la réhabiliter en employant des méthodes plus réellement efficaces que celles de nos devanciers.

La rhinoplastie, au moyen des lambeaux cutanés, pouvait être condamnée *à priori* au nom d'un fait physiologique que nous sommes chaque jour à même d'observer dans les circonstances les plus diverses. Quand un tissu est isolé de ceux qui l'environnent et laissé sans soutien, il se rétracte, subit une absorption interstitielle qui diminue chaque jour son volume et qui finit par le faire disparaître, ou du moins, le réduire aux plus faibles proportions. L'expérience a démontré qu'il en était ainsi pour les nez; et rien n'était aussi disgracieux au bout de quelques mois que le produit de certaines restaurations qu'on avait cependant trouvées supportables immédiatement après l'opération. Ces lambeaux sans soutien, flottants pour ainsi dire, étaient voués à une rétraction incessante que rien ne pouvait arrêter. — Que leur manquait-il? un support osseux.

Trouver pour le nez ainsi refait un support osseux, tel est le pro-

blème que je me suis posé, et que j'ai tâché de résoudre en m'inspirant de mes expériences sur les greffes osseuses et la transplantation du périoste. La facilité de greffer les os revêtus de leur périoste me donna l'idée de déplacer des lambeaux osseux, d'infléchir en divers sens des fragments d'os ou des os entiers pour soutenir le revêtement cutané; et je donnai le nom d'*ostéoplastie osseuse* à cette manière de refaire le squelette du nez. D'autre part, sachant combien il était facile de faire développer chez les animaux du tissu osseux au moyen des lambeaux du périoste, je songeai à doubler de périoste les lambeaux cutanés, afin de les faire ossifier par leur face profonde et d'avoir ainsi un nouvel obstacle à la rétraction. J'appelai cette méthode *ostéoplastie périostique*.

C'est aujourd'hui par la combinaison de ces deux méthodes, que je cherche à remédier aux imperfections de la rhinoplastie cutanée.

Former un support osseux, tel est le but; déplacer des os ou du périoste, tels sont les moyens.

Dans le cas où j'ai eu récemment à réaliser ce programme, il s'agissait d'un nez rongé par un lupus datant de l'enfance. Les conditions étaient essentiellement défavorables, dans l'état du nez d'abord, et dans l'état des parties cutanées environnantes. Celles-ci étaient labourées par des cicatrices, comme vous pouvez en juger encore parfaitement aujourd'hui; la peau avait perdu sa souplesse, elle était devenue une couche d'inodules. Je pus heureusement me passer d'emprunter un lambeau à ces parties altérées; je fis descendre un lambeau frontal par le procédé que j'avais employé une fois déjà ([1]). Ce lambeau frontal fut disséqué avec le périoste sous-jacent. Puis, pour donner une charpente immédiate au nez ainsi refait, je détachai, luxai, et descendis, avec le lambeau frontal, un des deux os propres du nez, que je réunis bout à bout avec l'os propre restant, de manière à avoir, tout le long du nez, une tige osseuse résistante; mais je dus chercher aussi un point d'appui à cette tige, et pour cela je détachai une partie de la cloison que je laissai adhérente à l'os déjà mobilisé, et j'abaissai le tout ensemble.

Le nez était ainsi formé par un lambeau cutané unique, doublé d'un os propre du nez, et muni d'un support antéro-postérieur

([1]) Il n'y a dans ce procédé qu'un lambeau triangulaire à base inférieure. Il est détaché de haut en bas et reste adhérent au reste de la peau par deux piliers plus ou moins larges qui circonscrivent l'ouverture du nez. Des figures feraient mieux comprendre le procédé que les descriptions les plus détaillées. C'est à ce moyen que nous aurons recours dans un travail *in extenso* que nous publierons prochainement.

fourni par une partie de la cloison. La pointe du lambeau qui remontait avant la dissection à 5 centimètres au-dessus de la limite inférieure du front, fut fixé à 5 centimètres plus bas, c'est-à-dire au niveau de la ligne qui joint les deux sourcils. La partie du lambeau doublée de périoste correspondait alors à l'os propre du nez restant et à la brèche laissée par celui que j'avais descendu. Les bords latéraux du lambeau furent fixés par une douzaine de points de suture capillaires.

Les suites de l'opération furent très-simples; un érysipèle survenu au vingtième jour ne troubla nullement la cicatrisation et disparut du reste bientôt. La plaie frontale fut réunie définitivement au troisième jour; l'os déplacé ne se nécrosa pas, et actuellement, quoique le nez soit un peu aplati, mon opéré est incomparablement moins difforme; avant l'opération il était hideux, il n'est que laid maintenant, et il conservera, je l'espère, tout ce qu'il a gagné. On ne doit jamais, du reste, avoir la prétention de faire des nez sculpturaux; et il n'est pas de chirurgien aujourd'hui qui voulût imiter Græfe, de Berlin, dans son procédé, et surtout dans ses naïves prétentions. On raconte que ce chirurgien voulant un nez, eut l'idée de découper un patron d'après le nez de l'Apollon du Belvédère; il reporta son patron sur le front du patient et tailla son lambeau sur ce modèle. Il comptait sans la rétraction de la peau, et immédiatement après l'opération, le nez d'Apollon se trouva à peine égaler celui de Socrate. — Heureux encore s'il en fût resté là !

Si je vous ai soumis aujourd'hui cette tentative, c'est pour vous faire apprécier trois points qui me paraissent être la condition de la légitimité des tentatives à venir :

1° La possibilité de déplacer des os ou des portions d'os sans les faire nécroser;

2° L'absence de nécrose sur les parties osseuses dénudées de leur périoste, et la réunion immédiate de la peau à ce niveau [1]. Cette réunion a été aussi complète que possible; dès les premiers jours elle a paru solide; il n'y a pas eu d'inflammation ;

3° La solidité donnée au nouveau nez par le déplacement des lambeaux ossifiés ou ossifiables. La brèche faite par l'abaissement de l'os propre du nez est comblée par un tissu très-résistant et pro-

---

[1] Ce point est d'autant plus important à établir, que les tissus autres que le périoste ont peu de tendance à se réunir aux os par première intention. La vascularité des tissus de la face explique pour le cas actuel la facilité de la réunion.

bablement osseux ; quant au dos du nez, vous pouvez vous assurer qu'il a une consistance tout à fait osseuse.

Ce sont là, je le répète, les trois points essentiels de cette observation. Ils sont la consécration des principes qui m'ont dirigé. Quant à la forme du nez, je ne vous la donne pas comme irréprochable, elle ne me satisfait pas encore ; mais enfin, quelque imparfait que soit ce nez, il existe, tandis qu'avec la meilleure volonté du monde on ne pouvait pas considérer comme tel la protubérance rudimentaire qu'on voyait auparavant.

L'opération a été faite le 17 novembre dernier, c'est-à-dire depuis quatre mois et demi. J'ai attendu ce moment pour vous faire apprécier le résultat obtenu, afin de ne pas tomber moi-même sous le coup du reproche adressé à ceux qui m'ont précédé dans cette voie. En fait d'ostéoplastie, on ne doit pas se contenter de voir et de montrer un résultat immédiat, il faut attendre plusieurs mois pour apprécier la tentative à sa juste valeur.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau réactif végétal.

Un médecin de Bâle, M. le docteur Goppelsroeder, a découvert dans l'extrait des pétales des mauves un réactif très-sensible pour les alcalis et les azotites alcalins. L'extrait de mauves est violet, et il devient rouge quand il est traité par un acide; on teint du papier avec cet extrait rouge et l'on s'en sert de la même manière que du papier de tournesol ou de curcuma. Les bases alcalines rendent ce papier violet lorsque les solutions sont faibles, et vert lorsqu'elles sont plus concentrées. Lorsqu'une solution contient seulement un deux-millionième de soude caustique, ce réactif se colore encore en violet, tandis que les réactions à l'aide du papier de curcuma ou de tournesol faisaient ici défaut. La même réaction se manifeste avec les azotites alcalins ; ainsi le nitre fondu et le nitre ordinaire du commerce donnent cette réaction, pendant que l'azotate de potasse chimiquement pur ne la donne pas. L'extrait des feuilles, des poires écrasées, le thé, le café, l'urine, le lait, la donnent de même, de sorte que l'on peut conclure que ces corps contiennent des nitrites alcalins.

Procédé le plus simple pour préparer l'alcool sinapique.

La simplicité et l'économie sont des éléments précieux des préparations pharmaceutiques, aussi n'hésitons-nous pas à signaler le

procédé que M. Martin Barbet a fait connaître à la Société de pharmacie de Bordeaux pour la préparation de l'alcool sinapique.

On fait macérer pendant deux heures 250 grammes de farine de moutarde noire dans 500 grammes d'eau froide, on ajoute ensuite 120 grammes d'alcool à 86 degrés et on distille pour obtenir 120 grammes de liquide.

Cette préparation n'a pas une composition aussi bien déterminée que celle qui résulte du mélange de l'essence de moutarde et de l'alcool, mais elle est beaucoup plus économique. Comme elle agit énergiquement, ce procédé peut donc être mis utilement en œuvre.

Un mot sur l'écorce de lebbeck.

Lorsqu'on réfléchit aux acquisitions précieuses que notre matière médicale a faites à la suite de la conquête des nouveaux mondes, on se rend compte de l'intérêt qu'excitent les substances médicamenteuses employées par les habitants de ces contrées lointaines. Toutes ne sont pas cependant venues prendre une place utile dans nos officines, et un grand nombre d'entre elles sont conservées dans nos droguiers à titre de simples curiosités. Comme on manque de base certaine pour ce classement des agents exotiques, il importe de n'en laisser passer aucun inaperçu.

La France possède dans le golfe du Bengale un établissement des plus importants, Pondichéry, où affluent tous les produits du centre de l'Indoustan. Le commerce de cette ville nous adresse tous ceux qu'il croit de nature à pouvoir élargir la sphère de son action commerciale; parmi eux il s'en trouve souvent d'inconnus. Dans ce nombre figure l'écorce de lebbeck.

Le lebbeck se rencontre dans toutes les Antilles; il y porte des noms différents, ce qui occasionne une confusion regrettable et rend son classement difficile. C'est un arbre de la hauteur et de la grosseur de notre chêne; il appartient aux dicotylédonés; on le classe à tort, je crois, dans la famille des acacias.

L'écorce de lebbeck est rugueuse à l'extérieur, parcourue par des sillons profonds et couverte de lichens d'un blanc sale. Sa texture est serrée, dure, résistante, fibreuse. Un échantillon mesurant $0^m,38$ de longueur et $0^m,10$ de largeur sur 1 centimètre 1/2 d'épaisseur pèse 212 grammes. La saveur de cette écorce est légèrement styptique. Les indigènes l'emploient comme astringent dans les diarrhées rebelles et les flux de sang. Je l'ai trouvé composé de tannin et d'un extractif amer; les cendres sont riches en potasse. Dans cer-

taines localités cette écorce porte le nom d'*écorce de bois noir*, probablement parce qu'elle sert à composer une teinture de cette couleur.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des réactions réciproques de l'urine et de la teinture d'iode et particulièrement de la coloration brune que conserve l'urine après la disparition totale du métalloïde.

Des observations récentes faites à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon excellent maître M. Trousseau, ont fait concevoir un moment l'espérance de trouver dans la teinture d'iode un réactif sûr, précis et commode des urines sucrées. Les recherches entreprises à l'envi par un grand nombre de cliniciens, loin de confirmer cette spécificité d'action, nous montrent, au contraire, que le curieux phénomène annoncé par M. le docteur Dumontpallier, tant en son nom qu'en celui de M. le professeur Trousseau, se produit constamment avec toute espèce d'urine, sucrée ou non. C'est ce qui ressort principalement des expériences poursuivies par M. Dechambre, avec l'aide de MM. Pasteur, le docteur Constantin Paul et un honorable pharmacien de Paris, M. Delpech. Les observations cliniques de MM. les professeurs Farge, d'Angers, et Coulier, du Val-de-Grâce, ainsi que celles de M. Pinier, interne en pharmacie dans le service de M. le professeur Piorry, déposent dans le même sens.

Mais si la décoloration de la teinture d'iode par les urines est un fait général, non un privilége exclusif des urines glycosiques, M. le professeur Trousseau et son laborieux chef de clinique n'en ont pas moins le mérite d'avoir révélé le premier exemple de cette réaction, dont l'étude ultérieure ne saurait manquer d'éclairer d'un jour nouveau l'histoire de la plus importante sécrétion de l'économie animale.

Pour ma part, m'étant mis à l'œuvre dès le jour où parut la note de M. Dumontpallier, je m'assurai aussitôt que les urines de deux diabétiques de ma clientèle décoloraient en effet, instantanément et à froid, une quantité considérable de teinture alcoolique d'iode; seulement, je ne tardai pas à reconnaître, en agissant sur les urines de divers malades non glycosuriques de l'hôpital Beaujon, que l'action était la même dans les conditions morbides les plus variées, aussi bien qu'à l'état de santé. Des recherches persévérantes exécutées depuis lors dans mon service sur plus d'une centaine d'urines, ne décelant aucune trace de glycose par la liqueur cupropotassique, m'ont conduit invariablement au même résultat.

Toutefois, il est manifeste que les urines ne possèdent pas toutes au même degré la faculté de décolorer la teinture d'iode. Quelques-unes n'ont qu'un pouvoir décolorant faible, tandis que d'autres exercent une action beaucoup plus énergique. Peut-être, malgré certains faits contradictoires observés par moi-même ou avancés par d'autres observateurs, les urines sucrées sont-elles généralement mieux douées, sous ce rapport, que celles qui ne renferment pas de sucre. Du moins l'urine de la diabétique du service de M. Trousseau, qui a été le point de départ des remarques du savant professeur, offre-t-elle une puissance décolorante tout à fait exceptionnelle [1]. En tout cas, ce serait à une substance accompagnant la glycose, et non à la glycose elle-même, qu'il faudrait attribuer cette énergie d'action ; car le sucre de diabète, comme je l'ai vérifié, ne modifie en aucune manière la teinture alcoolique d'iode, et quand une urine sucrée a fait disparaître de très-fortes proportions d'iode, elle ne semble rien avoir perdu de son pouvoir réducteur sur la liqueur de Bareswill ou de Fehling.

D'ailleurs, il m'a été jusqu'ici impossible de saisir la véritable cause des différences observées. J'ai bien rencontré la faculté décolorante plus prononcée dans les urines chargées de matière colorante et de principes solides, que dans celles qui sont pâles et aqueuses ; mais je n'ai pas vu que la puissance décolorante fût directement et uniquement proportionnelle à la quantité d'acide urique ou d'urates, appréciée d'après le dépôt spontané dû au refroidissement ou d'après le diaphragme urique produit par l'addition de l'acide azotique. Cependant les remarques de M. Lucien Corvisart, confirmées par celles de M. A. Petit et en partie par celles de M. Dechambre, tendent à faire considérer l'acide urique comme l'un des principaux agents de la transformation de l'iode. Il en est de même de la particularité suivante, que je signale aux investigateurs.

Quand on verse de la teinture d'iode dans une urine jumenteuse, troublée par la précipitation spontanée de l'urate de soude, non-seulement elle se décolore, mais le précipité disparaît ; ce qui ne peut s'expliquer que par une plus grande solubilité de l'urate sodique dans la liqueur mixte, ou plutôt par l'altération de l'acide urique métamorphosé, peut-être, en urée. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

En quoi se transforme l'iode métalloïdique mêlé à l'urine ? Je

---

(1) M. Dumontpallier, sur l'invitation de M. le professeur Trousseau, a bien voulu me rendre témoin des expériences exécutées à l'aide de cette urine.

pense, avec M. le docteur Mauvezin, qu'ici, comme au contact de la sueur, il passe à l'état d'acide iodhydrique (1). La chose me paraît vraisemblable pour plusieurs raisons : d'abord, parce que l'acide iodhydrique est stable et prend facilement naissance ; ensuite, parce que l'acide nitrique-nitreux est un excellent moyen de faire reparaître l'iode libre ; enfin, parce que certaines circonstances impliquent la coïncidence d'une oxydation avec le phénomène principal de la combinaison de l'iode et de l'hydrogène.

Reprenons tour à tour chacun de ces arguments.

Sans atteindre à la hauteur du chlore ni même du brôme, l'iode, on le sait, est très-avide d'hydrogène et peut enlever ce corps simple à une foule de composés organiques. C'est ainsi qu'il est devenu, dans l'analyse des eaux minérales, l'agent usuel de la sulfhydrométrie ; mais il est une foule de circonstances, encore peu connues, dans lesquelles l'iode disparaît au contact d'une substance organique par une semblable réaction. Lorsque, il y a plus de vingt ans, je me livrais à l'étude pratique de la chimie, je m'aperçus un jour avec surprise que le suc d'oignon décolorait instantanément la teinture d'iode. Certaines eaux de Paris ont le fâcheux privilége d'agir dans le même sens, et sont conséquemment impropres à diluer la teinture d'iode destinée aux injections, dans la pratique chirurgicale. Dans ces cas, la disparition de l'iode s'explique naturellement par sa transformation en acide iodhydrique aux dépens de l'hydrogène sulfuré. Ces considérations rendent déjà probable la formation du même composé en présence de l'urine.

La facilité avec laquelle l'iode se revivifie sous l'influence de l'acide nitrique du commerce confirme cette manière de voir, puisque, suivant toute apparence, les combinaisons suroxygénées d'azote agissent en cédant de l'oxygène, et régénérant de l'eau à l'aide de l'hydrogène repris à l'iode (2).

---

(1) Dans mes expériences sur l'absorption de l'iode par la peau, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater l'acidité excessive des gouttelettes incolores rassemblées sous le bandage imperméable : acidité manifestement due, ainsi que je l'ai établi devant les élèves et les médecins qui fréquentent l'hôpital Beaujon, à la présence de l'acide iodhydrique formé par la combinaison de l'iode avec l'hydrogène d'un des principes immédiats de la sueur. Ayant eu l'occasion, il y a plusieurs mois, d'entretenir M. le professeur Dumas de ce fait intéressant, l'illustre chimiste m'a exprimé l'opinion que cette interprétation était en effet la plus plausible. Depuis lors, j'ai mis directement en présence de la teinture d'iode et de la sueur, recueillie sur le visage d'un phthisique, et j'ai vu la liqueur se décolorer complétement.

(2) Une particularité offerte par les urines sucrées, traitées préalablement

En admettant cette formation d'acide iodhydrique, il est permis de penser que de l'oxygène est mis simultanément en liberté, et, dans cette hypothèse, on expliquerait de la manière suivante la disparition de l'acide urique préalablement précipité, phénomène dont il serait difficile sans cela de se rendre compte. A mesure que l'iode se combine à l'hydrogène, soit de l'acide urique, soit d'un autre principe de l'urine, l'acide iodhydrique formé enlève une partie de sa base à l'urate de soude, met à nu de l'acide urique, lequel, à l'état naissant, se combine à une proportion d'oxygène devenue libre, et passe à un degré d'oxydation supérieur, si ce n'est à l'état d'urée, dernier terme de la combustion des substances azotées. Quoi qu'il en soit, le composé nouveau, plus soluble que l'acide urique lui-même, disparaît dans la liqueur.

Toutes ces questions ont leur intérêt et méritent de fixer l'attention ; mais mon but principal, en écrivant cette note, est de faire connaître une particularité qui paraît avoir échappé à tous ceux qui jusqu'à présent se sont occupés de ces recherches. Voici le fait :

Quel que soit le pouvoir décolorant des urines sur la teinture d'iode, le liquide mixte ne revient jamais à la nuance primitive de l'urine employée ; toujours il reste assombri. Dans quelques cas même, la différence est telle, qu'elle frappe les regards les moins attentifs, et que, de prime abord, on est disposé à croire à une disparition incomplète de l'iode. D'autres fois, la nuance est assez faible pour ne devenir évidente que par la comparaison de deux tubes de verre de même calibre contenant : l'un, de l'urine avant tout traitement ; l'autre, de l'urine additionnée de teinture. Or, si la transformation est complète, même dans les cas où l'urine conserve une teinte brune très-foncée, le papier amidonné n'y subit pas le plus léger changement de coloration, ce qui prouve péremptoirement qu'il ne reste pas la moindre proportion d'iode en liberté dans la liqueur. Ce n'est d'ailleurs ni à la dilution trop grande de la solution iodée, ni à une action de présence exercée par un prin-

par l'iode et soumises ensuite à l'action de la liqueur cupro-potassique, plaide encore à mon avis en faveur de l'opinion que le métalloïde se transforme alors en acide iodhydrique. En effet, j'ai remarqué que ces urines ainsi traitées, non-seulement réduisent abondamment l'oxyde cuivrique à l'état d'oxydule jaune, mais que le précipité brunit rapidement et noircit bientôt par l'ébullition, comme si le cuivre passait en partie à l'état métallique très-divisé ou à l'état d'iodure ; ce qui s'expliquerait par la décomposition de l'acide iodhydrique, venant à céder son hydrogène à l'oxydule en formant de l'eau, de l'iode et du cuivre, ou de l'iodure de cuivre. L'urine d'une de mes diabétiques donne, en pareille circonstance, un précipité de couleur chocolat.

cipe constituant de l'urine qu'il faudrait attribuer l'absence de bleuissement du papier amidonné, car il suffit d'ajouter une goutte d'acide nitrique-nitreux, pour obtenir aussitôt la formation d'iodure d'amidon d'un bleu-indigo foncé, par suite de la mise en liberté d'une petite quantité du métalloïde. Ici encore nous avons affaire à un phénomène d'oxydation. Les chimistes et les cliniciens n'ignorent pas, en effet, que l'urine exposée à l'air se fonce de plus en plus en couleur, grâce à une combustion lente de sa matière pigmentaire. Eh bien, dans la réaction réciproque de l'iode et des principes de l'urine, la matière colorante de cette dernière me paraît arriver par une combustion subite à ce degré d'oxydation avancée où elle ne parvient qu'à la longue, en vertu de ce que Liebig a désigné sous le nom d'*érémacausie*.

Le fait a sa valeur au point de vue scientifique pur, mais il me semble acquérir une importance spéciale dans les circonstances actuelles, puisque les expérimentateurs jugent de la complète disparition de l'iode par le retour apparent de l'urine à sa nuance première, tandis qu'en réalité, le métalloïde peut avoir été totalement transformé, bien que le liquide mixte retienne une coloration brunâtre de thé ou de bouillon qui semble trahir encore la présence de l'iode. On évitera la méprise en essayant avec soin le liquide mixte par le papier amidonné, après l'addition de chaque goutte de solution iodique. La véritable mesure de l'action des diverses urines sur ce réactif ne pourra donc être déterminée qu'en tenant compte de cette difficulté.

Je me résume dans les propositions suivantes :

1° Toutes les urines décolorent plus ou moins énergiquement la teinture alcoolique d'iode ;

2° Le pouvoir décolorant se montre généralement en rapport avec la masse des matériaux solides de l'urine ; plus fort par conséquent dans les urines des pléthoriques et des fébricitants que dans celles des anémiques apyrétiques ;

3° La glycose isolée ne produit aucun effet décolorant et, quand une urine glycosique a transformé de grandes quantités d'iode, il semble qu'elle n'ait rien perdu de sa faculté de précipiter de l'oxydule de cuivre ;

4° Dans cette action de l'urine sur l'iode, c'est de l'acide iodhydrique qui, sans doute, prend naissance ;

5° L'hydrogène emprunté à une ou plusieurs substances organiques met probablement en liberté une certaine proportion d'oxygène, lequel à son tour manifeste sa présence par divers phénomènes de combustion ;

6° Ainsi l'acide urique en excès et précipité, passant à un degré supérieur d'oxydation, se dissout et disparaît de la liqueur ;

7° L'urine traitée par l'iode reste toujours plus foncée après l'opération, alors même qu'elle ne récèle plus une trace d'iode libre. On peut dire qu'elle prend instantanément la coloration brunâtre que lui communique à la longue seulement l'oxygène atmosphérique en vertu de la combustion lente connue sous le nom d'*érémacausie.*

Adolphe Gubler,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par M. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris; 4e édit., accompagnée de trois planches gravées.

Pour peu qu'un critique eût de propension à considérer, surtout par son côté sombre, l'humanité, le livre que vient de publier M. Tardieu lui serait une occasion bien favorable de se livrer aux légitimes manifestations *des haines vigoureuses* de la misanthropie. Est-il donc vrai qu'il y ait dans le monde tant de ces turpitudes, tant de boue, tant de fange, et que la société marche encore comme nous la voyons, et que tous, tant que nous sommes, nous tenions toujours autant à cette vie déshonorée, dont un certain nombre d'hommes sont parvenus à faire l'instrument de si ignobles plaisirs ? Dans ce temps de réalisme où nous vivons, si ce livre n'était pas signé d'un nom si grave, je l'avoue, j'eusse aimé à me persuader que l'auteur, s'inspirant des leçons d'une école où le culte du laid semble avoir remplacé les nobles aspirations vers un pur et saint idéal, s'était complu à exagérer ces horreurs, avait enluminé cette boue, et donné comme des réalités les fantômes de quelque cauchemar vigil. Mais non, ce tableau, si horrible qu'il soit, n'est encore, paraît-il, qu'une esquisse à grands traits, qu'un décalque à demi effacé des honteuses passions qu'il traduit. Telle est la profondeur du mal que ce médecin n'a pas craint de sonder et qu'il a cru devoir étaler, dans une partie au moins de sa nudité, aux yeux des médecins qui en doivent compte à la justice, dans la mesure de leur compétence, qu'après avoir traduit dans un style ferme et toujours grave les symptômes de toute cette ignoble psychopathie sexuelle, la plume de l'auteur, hardie jusqu'à une généreuse impudence pour dénoncer les turpitudes des plus sales voluptés, s'arrête cependant devant quelques désordres, n'ose les montrer que sous le voile, hélas ! encore trop

transparent de la langue latine. Quand on a traité des outrages publics à la pudeur, du viol, de la pédérastie et de la sodomie, qu'y a-t-il encore au-dessous de ce cloaque qu'on n'ose traduire dans la langue de tous et qu'on cherche à dissimuler autant que cela peut l'être, en empruntant pour le traduire le voile d'une langue morte, d'une langue étrangère? Ecoutez, mais laissez-moi imiter la sage réserve de M. Tardieu, en lui empruntant sa forme même. « Omnes flagitiorum species apud παιδεραστάς concurrunt : et istorum abjectorum hominum sermo nomen servat peculiare variis quas nequitia genuit sectis. Qui manustupro dediti sunt, *casse-poitrine appellantur*. Cognomine *pompeurs de dard*, sive *de nœud* (id est turpissima penis significatio), designantur qui labia et oscula fellatricibus blanditiis præbent. Fœdissimun tandem et singulare genus libidinosorum vivido colore exprimit appellatio *reniflleurs*, qui in secretos locos, nimirùm circà theatrorum porticos, convenientes quò complures fœminæ ad micturiendum festinant, per nares urinali odore excitati, illicò se invicem polluunt. »

Mais détournons-nous de ces tableaux où l'ignoble déborde, et reportons-nous vers la loi qui demande la répression de ces désordres et s'éclaire de la science du médecin pour se diriger dans ce pandémonium des sales voluptés.

Le savant professeur de médecine légale de la Faculté a trouvé dans son âme, indignée de si dégoûtantes turpitudes, le courage nécessaire pour faire la clinique de ces abominables désordres. D'une main ferme il a tracé les symptômes auxquels se reconnaissent, dans l'immense majorité des cas, et le viol et les habitudes dépravées qu'entraîne la psychopathie sexuelle.

Pour ce qui est du premier de ces crimes, nous ne dirons rien, sinon que l'auteur, instruit par une longue expérience de médecine légale, qui lui a montré toutes les déformations et tous les traumatismes que le viol ou ses tentatives incomplètes ou avortées déterminent, a tracé de cette ignoble pathologie le tableau le plus complet, et autant que nous pouvons en juger, le plus exact qui existe dans les annales de la science. Quant au second, qui comprend principalement la pédérastie passive ou active, M. Tardieu établit comme une règle positive, que, contrairement aux assertions de presque tous les médecins légistes qui l'ont précédé dans cette étude, on peut, à la faveur d'un ensemble de caractères qu'il signale, reconnaître presque constamment l'habitude de la pédérastie de l'une et l'autre forme. Bien que, dans son opinion, la pédérastie incube ou active se traduise par un ensemble de signes d'une valeur diagnostique

moins sûre que la pédérastie succube ou passive, il est vrai cependant que, dans une foule de cas, ces signes, attentivement analysés et rapprochés de signes moraux, si je puis ainsi dire, qu'il examine également, le médecin légiste peut éclairer d'une manière utile la justice dans les recherches du crime.

M. Casper, dans l'ouvrage que nous analysions naguère ici même, a contesté la valeur des signes indiqués par le professeur de la Faculté de médecine de Paris, comme révélant d'une manière presque infaillible la pédérastie passive habituelle ; M. Tardieu réfute les objections du médecin de Berlin avec un sentiment si profond de la vérité qu'il croit avoir saisie, que, malgré toute notre incompétence en de telles matières, nous n'hésiterions pas, pour nous, à nous diriger suivant la ligne tracée par ce dernier, si nous avions à répondre à la justice dans une semblable question. Qu'il ait fallu arriver jusqu'à la seconde moitié du dix-neuvième siècle pour arriver à faire la lumière sur ces difficiles questions, en vérité, on serait presque tenté de dire que c'est l'honneur de la science : mais si, par cette découverte, elle peut servir la justice et venger la dignité humaine, en concourant à faire punir les misérables qui l'outragent, qui pourrait regretter cette ignorance ?

Nous ne voulions dire qu'un mot de ce livre, et nous nous sommes laissé entraîner à en parler assez longuement : c'est que la généreuse indignation de M. Tardieu pour les infamies dont il trace le tableau nous a gagné nous-même et nous a fait excéder les limites que nous nous étions tout d'abord posées. Que les médecins qui, par leur position, sont appelés quelquefois à témoigner scientifiquement devant la justice, lisent ce livre, ils y apprendront une juste sévérité et la raison de ce jugement sévère, et ils feront en cela une chose utile ; mais que ceux-là seuls le lisent et le méditent : pour les autres, qu'ils s'en abstiennent, car, plonger dans un tel abîme de turpitudes obscènes, sans que le devoir le commande, c'est se souiller l'esprit de gaieté de cœur, c'est plus que cela encore, c'est s'exposer à ce que les vapeurs malsaines qui s'en exhalent ne portent atteinte à la tendre commisération que nous devons avoir pour les souffrances des hommes, et ne la convertissent en une sombre misanthropie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Procédé ingénieux employé pour porter une sonde jusque dans la vessie, malgré un rétrécissement considérable de l'urètre,

DANS UN CAS DE FISTULE URINAIRE. — On rencontre parfois dans la pratique de la chirurgie, et surtout dans certaines branches spéciales, des difficultés auxquelles il est nécessaire de pourvoir sur-le-champ. Des difficultés semblables, identiques, ont déjà été observées; elles sont devenues, de la part des hommes les plus compétents, l'objet de réflexions et de recherches destinées à trouver des ressources capables d'en triompher; souvent des méthodes particulières ont été imaginées, créées, employées même plusieurs fois avec succès dans des circonstances analogues; et cependant tel cas vient à se présenter où ces ressources, ces méthodes, qui ont servi ailleurs, ne sont d'aucun avantage, et où l'expérience antérieure laisserait l'opérateur désarmé, si son esprit ne lui fournissait immédiatement des moyens de surmonter l'obstacle qui se dresse devant lui.

Ces réflexions, les médecins et les élèves qui suivent la clinique de M. Voillemier à l'hôpital Saint-Louis, ont pu les faire dernièrement, en voyant l'habile chirurgien venir à bout, par un procédé extrêmement ingénieux, d'une difficulté qui ne demandait pas, il est vrai, une solution immédiate, que, d'un autre côté, on aurait pu vaincre d'une manière différente, mais qui, grâce au moyen mis en usage, s'est trouvée aplanie de suite et d'une façon plus avantageuse pour le malade. Voici le fait.

Un ouvrier gazier, âgé de trente-neuf ans, qui a été atteint deux fois de blennorrhagie, en 1845 et en 1848, maladie que chaque fois il a traitée, dit-il, par le copahu exclusivement, avait vu survenir depuis des accidents révélant l'existence d'un rétrécissement de l'urètre. Une première fois, en 1860, il était entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, pour des abcès urineux ouverts au périnée, et à la suite desquels il était resté une fistule qui, au rapport du malade, traitée au moyen de la sonde à demeure et de cautérisations avec le nitrate d'argent, ne s'était fermée qu'au bout de cinq mois. Un an environ après, en 1861, il était revenu dans le même service pour un nouvel abcès suivi de fistule, lequel, cette fois, avait mis quatre mois à guérir par l'emploi du même moyen.

Rentré une troisième fois dans le même hôpital, au commencement d'avril dernier, et placé dans le service de M. Voillemier, il se présentait avec des symptômes semblables. En effet, il existe au périnée plusieurs ouvertures fistuleuses, dont une, placée à peu près sur la ligne médiane, en arrière des bourses, et correspondant à la portion membraneuse de l'urètre, est assez large et laisse passer la

totalité de l'urine; il n'en sort pas une goutte par le méat. Pour guérir cette fistule, il est nécessaire de s'opposer au passage du liquide urinaire par la fistule, et pour cela de conduire par le canal, jusque dans la vessie, une sonde flexible qui sera laissée à demeure. Mais le rétrécissement urétral, devenu de plus en plus prononcé, ne se laisse pas dilater, et le chirurgien ne peut parvenir à le franchir ni à l'aide d'une bougie, ni avec la sonde conductrice d'Amussat, au moyen de laquelle, suivant le procédé de ce chirurgien, il se proposait de faire parvenir dans le réservoir urinaire la sonde destinée à suppléer à l'excrétion par les voies naturelles et à empêcher l'écoulement par l'ouverture anormale. C'est alors que, se voyant arrêté par cet obstacle, le professeur de clinique des maladies des voies urinaires, a eu recours au procédé qui va être décrit, et que, pour en faciliter la description, on peut diviser en quatre temps.

Dans un premier temps, M. Voillemier pousse dans l'urètre, à travers le méat, un simple stylet de trousse en argent, et lui ayant fait facilement, grâce à la petitesse de son calibre et à sa rigidité, franchir le rétrécissement, il en amène l'extrémité olivaire à travers la fistule, et donne l'autre extrémité à tenir à un aide. — Dans le second temps, il attache un fil par l'un de ses chefs sur cette extrémité olivaire dépassant l'orifice de la fistule, et par l'autre chef sur la partie rétrécie de l'extrémité vésicale d'une bougie flexible. Reprenant alors le stylet des mains de l'aide, il le retire d'arrière en avant, de manière à faire repasser son extrémité olivaire, ainsi que le fil, à travers le canal et à attirer ainsi du même coup le bout de la bougie qui y est attaché, à faire franchir à celle-ci le rétrécissement d'arrière en avant et à l'amener jusqu'en dehors du méat. — Dans un troisième temps, ayant coupé le chef du fil fixé au stylet, et l'ayant attaché de nouveau sur l'extrémité rétrécie d'une sonde-bougie en caoutchouc de moyen calibre, il saisit la première bougie du côté de la fistule, la tire d'avant en arrière, de manière à lui faire parcourir en sens inverse le même chemin qu'elle a déjà parcouru et à la faire ressortir par l'orifice fistuleux; elle entraîne ainsi, au moyen du fil, la sonde-bougie à sa suite, et celle-ci à son tour ayant franchi le rétrécissement, vient présenter son extrémité vésicale à la fistule; elle est ensuite attirée dans le même sens jusqu'à ce que son pavillon soit arrivé à ne dépasser le méat que de 3 ou 4 centimètres. — On conçoit que, dès lors, cette sonde sort par la fistule et se trouve libre au périnée dans les deux tiers environ de sa longueur; il suffit alors de la recourber sur elle-même pour l'engager d'avant en ar-

rière dans la portion du canal qui va de la fistule à la vessie, et la faire parvenir ainsi dans ce réservoir.

Une fois ce dernier temps de l'opération accompli, on vit en effet l'urine jaillir par le pavillon, preuve que le but était atteint. Il n'y eut plus qu'à garnir le pavillon d'un fosset, et à fixer la sonde par les moyens ordinaires pour en prévenir la sortie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Bons effets des narcotiques à haute dose dans le traitement de la boulimie. Des divers moyens mis en usage contre la dyspepsie boulimique, les narcotiques sont certainement ceux qui offrent le plus de chances de succès, et souvent, si celui-ci fait défaut, cela tient à la timidité avec laquelle on manie le médicament. Voici deux observations de M. le docteur Potton, qui mettent en relief la vérité et l'importance de cette remarque.

La première est relative à une jeune personne de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, qui, à la suite de contrariétés vives, fut prise de dérangements nombreux dans sa santé, aménorrhée et dysménorrhée, crises hystériformes, gastralgie, et enfin de dyspepsie boulimique extraordinaire. Les besoins de manger revenaient avec une vivacité extrême toutes les deux heures, accompagnés de douleurs aiguës dans l'estomac et de lipothymies : la malade se trouvait ainsi forcée de faire douze repas copieux dans les vingt-quatre heures. Bonnes digestions ; selles très-abondantes, non diarrhéiques, au nombre de cinq ou six par jour ; urines normales ; embonpoint devenu excessif, au point qu'en cinq mois le poids s'était accru de 32 kilogrammes ; répugnance pour la marche, qui, du reste, entravait la digestion. Cet état durait depuis treize mois, quand M. Potton commença à donner des soins à la malade. D'accord avec MM. les docteurs de Polinière et Brachet, il eut recours aux narcotiques. La morphine, administrée à doses croissantes de 1/16 de grain jusqu'à 0,30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, triompha de cette affection, contre laquelle avaient échoué les antispasmodiques soit seuls, soit associés à l'extrait d'opium, l'extrait de belladone, l'hydrothérapie. L'embonpoint excessif disparut avec le retour à la santé. Les facultés intellectuelles sont toujours restées intactes.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, dont l'enfance avait été maladive, et qui avait une grande susceptibilité du tube digestif. A dix-sept ans, il y eut chez lui tous les symptômes de l'hystérie, et enfin il se manifesta une dyspepsie boulimique, semblable en tous points à celle du cas précédent et même plus intense peut-être. Pendant huit mois, un grand nombre de médications avaient échoué ; l'opium lui-même avait été essayé sans succès. Néanmoins, M. Potton crut qu'on devait insister sur cette dernière médication, avis qui fut partagé par MM. Andral, Gendrin et Trousseau. La morphine étant mal supportée, on eut recours à l'extrait d'opium, qui fut administré pendant six mois et demi, à doses croissantes de 25 centigrammes jusqu'à 2 gr. 50 par vingt-quatre heures, et mêlé soit aux aliments soit aux boissons. Le succès fut complet ; le retour à la santé ne laissait plus rien à désirer ; néanmoins notre honorable confrère crut prudent de continuer l'administration du narcotique pendant deux mois encore, à doses décroissantes.

En terminant cette intéressante communication, M. Potton a insisté, et avec raison, croyons-nous, sur la nécessité d'administrer avec persistance dans ces sortes de cas, soit l'extrait d'opium, soit la morphine, et de les porter progressivement à des doses très-considérables, tout en surveillant avec soin les effets. (*Soc. imp. de méd. de Lyon*, 16 févr. 1863.)

Du succin employé dans la coqueluche, les convulsions et les coliques des enfants pendant la première dentition. En étudiant la coqueluche, M. Dunet a été frappé de l'analogie qui existe entre les accidents qui sont parfois la conséquence de cette névrose, et ceux que l'on attribue au travail de l'évolution dentaire. Cette analogie lui a paru si grande, qu'il s'est demandé si la coqueluche ou sa cause n'agissait pas sur l'économie des enfants exactement de la même manière que le travail de la dentition. Il s'ensuivrait, pour lui, que la coqueluche, qui n'est qu'une névrose, ne serait pour ainsi dire parfois que le prélude d'affections inflammatoires, comme les coliques des enfants et leurs convulsions dites essentielles ne sont que les prodromes d'une méningite.

Partant de ces données, qui nous ont été fournies par l'observation faite sur plus de cinq cents petits malades, nous nous sommes demandé, dit-il, si le traitement des convulsions et des coliques nerveuses ne pouvait s'appliquer à la coqueluche et *vice versâ*. La généralité des traitements préconisés contre la coqueluche ont pour base, comme on le sait, ou l'opium ou les solanées ou leurs alcoïdes. En présence des congestions que produisent les quintes de coqueluche, nous n'avons pas compris l'emploi de moyens qui, seuls, provoquent ces mêmes phénomènes, et surtout quand il s'agit d'enfants chez lesquels les stases sanguines ou même l'excitation nerveuse prolongée sont si voisines de l'inflammation.

Considérant la coqueluche comme une affection nerveuse, nous avons été amené à essayer les antispamodiques simples.

Le succin est, de tous les médicaments que nous avons essayés, celui qui nous a donné les plus sûrs résultats. Quelques lueurs d'espérance que nous avions eues à la Salpêtrière en y essayant le succin, d'après Vogt, sur les épileptiques et les hystériques, nous donnèrent à penser que ce médicament pourrait bien faire chez deux enfants du service de M. le docteur Moreau (du Tours), enfants qui avaient de quatorze à quinze quintes de coqueluche par nuit.

On leur administra quelques cuillerées de sirop préparé pour les épileptiques. Quarante-huit heures après, ils étaient guéris, le mieux s'étant fait sentir dès les premières cuillerées.

Ces expériences, qui ont duré deux ans, nous ont conduit aux résultats suivants :

Le succin et l'acide succinique échouent bien rarement dans les coliques et la dentition.

Dans les convulsions, nous avons dû recourir à l'esprit volatil de succin, au succinate d'ammoniaque, administrés pendant l'attaque. Dans la coqueluche enfin et la toux nerveuse, nous avons fini par donner la préférence à l'huile volatile de succin, qui a été aussi employée dans l'asthme, où elle est appelée, croyons-nous, à rendre service. Elle soulage toujours. (*Compte rendu de l'Acad. de médecine*, avril.)

Amaurose survenant chez un individu adonné avec excès à l'usage du tabac à fumer. Le tabac, auquel on a fait tant et de si graves reproches, doit-il être justement regardé comme responsable de ce nouveau méfait, mis à son compte par M. Wordsworth, qui, ayant eu occasion d'observer plusieurs cas d'amaurose chez de grands fumeurs, en a fait une classe spéciale sous le nom d'amaurose par le tabac, *tobacco amaurosis ?* En d'autres termes, y a-t-il lieu d'admettre que, de même qu'on a vu la cécité survenir et persister chez des individus empoisonnés par la belladone, l'abus longtemps continué du tabac à fumer, autre solanée vireuse, peut amener également l'insensibilité de la rétine? C'est une question qu'il est plus facile de poser que de résoudre : tout ce qu'on peut dire, c'est que, si l'action bien connue des solanées sur l'appareil de la vision ne permet pas d'opposer aux vues de M. Wordsworth une fin de nonrecevoir absolue, toujours est il que l'affirmative ne saurait être acceptée non plus sans nouveaux faits, entourés de toutes les garanties possibles d'une observation rigoureuse. Voici le dernier des cas observés par le médecin anglais.

Un boucher, âgé de vingt-huit ans, se présenta à London Royal ophthalmic hospital, le 25 mars dernier. Cet homme, fort et robuste, ayant toutes les apparences de la santé, déclarait ne s'être jamais adonné avec excès aux boissons alcooliques et n'avoir pas été atteint de syphilis ; ses occupations n'étaient pas de celles qui peuvent causer aucune fatigue de la vue. Depuis huit ou neuf ans, il s'était mis à fumer; peu à peu il avait fumé de plus en plus, et actuellement il en était

arrivé à consommer journellement une demi-once de très-fort tabac. Sa santé générale n'avait pas paru affectée par cet excès, mais depuis neuf mois sa vue avait commencé à s'affaiblir et s'était altérée de plus en plus. Il peut à peine lire de l'œil gauche le caractère nº 18 (canon), et du droit le nº 16 (gros romain de deux lignes); les objets volumineux éloignés ne sont également vus qu'indistinctement. Les deux pupilles sont largement dilatées et les iris se contractent lentement et d'une manière imparfaite. A l'examen ophthalmoscopique, des deux côtés, le disque du nerf optique est en partie atrophié; la moitié interne de chacun est blanche et la moitié externe rouge et hyperémiée. Dans tous les cas observés par M. Wordsworth et rapportés par lui à la même cause, il a vu une atrophie plus ou moins prononcée des nerfs optiques, et, autant qu'il en a pu juger, cette forme d'amaurose est incurable.

Par une heureuse coïncidence, peu de temps auparavant, M. Sichel avait de son côté entretenu la Société médico-pratique de Paris de deux espèces peu connues d'amaurose cérébrale, causées l'une par l'abus des liquides spiritueux, l'autre par celui du tabac à fumer, et dans certains cas par la combinaison de ces deux ordres de causes. M. Sichel a exposé à ses collègues un exemple d'une pareille combinaison de ces deux espèces d'amaurose. En lisant dans l'Union médicale (5 mai) la communication de notre éminent ophthalmologiste, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que la présence d'une double influence étiologique, dans le cas cité, n'est pas de nature à élucider celle qui appartient en propre au tabac, et nous avouons persister dans les réserves énoncées ci-dessus. Il y a tant de fumeurs qui depuis nombre d'années consomment des quantités considérables de tabac, tant de gens qui passent pour ainsi dire leur vie à fumer, et chez lesquels la vue n'est pas altérée, qu'il nous paraît convenable de demander un supplément d'instruction sur la question. (*Dublin med. Press* et *Compte rendu de la Soc. méd. d'émulation*, avril 1863.)

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du téno-rhumatisme par l'application locale de la fleur de soufre. Le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà rappelé à ses lecteurs ce mode de traitement des douleurs rhumatismales chroniques, lequel mérite d'être plus employé qu'il ne l'est par les praticiens de nos jours. C'est ainsi que nous avons noté, d'après le docteur O'Connor, plusieurs cas dans lesquels des rhumatismes non aigus des articulations et des sciatiques, qui avaient résisté à divers modes de traitements, cédèrent rapidement au seul emploi topique de soufre en poudre, qu'on recouvrait de bandes de flanelle et qu'on laissait en place pendant plusieurs jours (t. LII, p. 383). M. L. Renard, de Châteauroux, vient apporter à son tour l'appui de son expérience en faveur de cette médication très-simple. Seulement, il paraît ne pas lui reconnaître d'efficacité, quand les douleurs siégent sur les articulations ou les parties charnues des muscles, mais seulement lorsque le rhumatisme est localisé dans les parties tendineuses de ceux-ci, cas auquel il le désigne sous le nom de téno-rhumatisme, de ténodynie.

C'est sur lui-même que M. Renard a fait l'épreuve de cette médication. Ayant été pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs dans les tendons des jarrets, qui au bout de quelques jours revêtirent les caractères d'un rhumatisme articulaire aigu ayant son siége dans les deux genoux, il vit, après un traitement antiphlogistique, l'acuité du mal disparaître. Mais les douleurs persistèrent dans les mêmes tendons que précédemment, puis dans ceux d'Achille. Ce fut alors que, ne retirant aucun avantage des divers moyens par lui employés pour se délivrer de ces douleurs, il eut recours à la fleur de soufre, d'après cette note lue dans un journal anglais: « *Les personnes qui souffrent de rhumatismes aux jambes n'ont qu'à saupoudrer de soufre l'intérieur de leurs bas.* » L'épreuve faite immédiatement avec la fleur de soufre du commerce et des chaussettes de laine, qui furent gardées même la nuit, fut suivie d'une prompte guérison. Depuis, il a eu occasion de recourir au même moyen pour des ténodynies soit des tendons d'Achille, soit de la plante des pieds, soit des jarrets ou des coudes, et toujours avec un prompt soulagement, beaucoup plus rapide que par n'importe quel autre moyen par lui mis en usage auparavant. L'important est

de maintenir convenablement le contact du médicament avec la partie malade : on y parviendra facilement, suivant les parties douloureuses, soit à l'aide de chaussettes ou de bas, soit avec des plaques de ouate convenablement saupoudrées et entourées de taffetas gommé, comme l'a fait M. Renard, soit au moyen de bandes de flanelles suivant l'exemple de M. O'Connor (*Union méd.*, avril 1863).

De l'emploi de l'argile contre les efflorescences humides et les sueurs fétides. Le docteur Schreber, à Leipzig, recommande l'argile contre les incommodités locales des efflorescences humides et sales, comme le palliatif le plus énergique, et tout ensemble le plus innocent, le plus simple et le moins coûteux, mais auquel il croit devoir aussi reconnaître une action spécifique hâtant la guérison. L'argile ramollie dans de l'eau, et débarrassée au tamis des particules pierreuses, est ensuite portée par couches de l'épaisseur d'un dos de couteau, une ou plusieurs fois par jour, sur les parties atteintes. Si, en se desséchant, elle vient à tomber en poudre, on nettoie la plaie pour en appliquer d'autres couches. La sécrétion, à mesure qu'elle se forme à la surface de la plaie, est écartée aussitôt, grâce à la puissance d'imbibition de l'argile, et son action irritante sur les nerfs superficiels mis à nu, empêchée ; et, d'autre part, le contact de l'air n'ayant pas lieu, la transformation chimique de la sécrétion en des matières irritantes est aussi annulée. Les douleurs disparaissent ainsi, et on ne remarque jamais aucune action délétère ultérieure. La maladie peut ainsi suivre sa marche normale, sans être gênée par l'irritation constamment renouvelée des sécrétions. La guérison naturellement s'opère beaucoup plus vite, surtout à l'aide d'un traitement simultané, légèrement laxatif. Ensuite l'action de cet onguent d'argile est décisive et parfaite dans les cas de sueurs fétides des aisselles et des pieds. Une seule couche, appliquée le matin, suffit pour enlever pour tout le jour toute trace d'odeur, et pour empêcher les ulcérations souvent si incommodes; et néanmoins les sueurs des pieds et des aisselles ne se trouvent pas du tout entravées. L'onguent reste longtemps souple, et même les morceaux qui, maintenus jusqu'au soir, tombent en poudre, y restent assez pour n'occasionner aucune pression ni aucune incommodité dans la marche.

Le docteur Schreber recommande de se servir, de temps à autre, de l'argile plus délayée, ce qui doit rendre l'épiderme souple. (*Jahrb. für Kinder Heilkund* et *Gaz. méd. de Lyon*, mai 1863.)

Tumeur érectile traitée avec succès par la cautérisation interstitielle. Les tumeurs érectiles des paupières offrent souvent aux chirurgiens de grandes difficultés ; car l'extirpation, les ligatures, sous-cutanée ou multiple, ne sont pas applicables. Marshall Hall avait employé quelquefois le broiement avec une aiguille à cataracte ; plusieurs chirurgiens ont essayé avec des succès divers d'enfoncer dans la tumeur des aiguilles rougies au feu. Ce moyen a réussi entre les mains de M. Wordsworth.

Son malade n'était âgé que de huit mois lorsqu'il fut apporté, en octobre 1862, à *London Ophthalmic Hospital*. Le nævus occupait toute la paupière supérieure gauche, qui ne pouvait être relevée. La peau était elle-même comprise dans la tumeur. Après avoir administré un peu de chloroforme, le chirurgien enfonça un grand nombre de fois dans la tumeur une aiguille chauffée à la lampe à alcool. On se contenta pour tout pansement d'une compresse trempée dans l'eau froide. Un mois environ après, le nævus était presque guéri ; mais quelques vaisseaux ayant échappé à la cautérisation, on fit de nouvelles ponctions : cette fois le succès fut complet.

Parmi les précautions qu'indique M. Wordsworth, la plus importante est celle-ci : l'aiguille ne doit pas être chauffée au rouge blanc, mais seulement au rouge très-sombre. Il ne faut pas, en effet, déterminer la formation d'escares qui seraient suivies d'élimination ; il faut seulement déterminer dans la tumeur une inflammation qui amène l'induration et la rétraction des tissus. (*The Lancet*, mars 1863.)

Traitement des ulcérations du col utérin au moyen de la cautérisation avec l'acide nitrique. Dans les ulcérations chroniques, l'indication est de provoquer dans la partie ulcérée une stimulation capable d'en modifier la vitalité, de manière à y susciter une action saine qui ait pour terme la cicatrisation.

Pour remplir cette indication dans

les cas où l'ulcération a pour siége le col utérin, beaucoup d'agents modificateurs topiques ont été employés et préconisés par les chirurgiens et les gynécologues, depuis l'azotate d'argent jusqu'au fer rouge et au caustique galvanique, non pas indifféremment, mais en raison des conditions des tissus altérés, de la superficialité ou de la profondeur de l'ulcère, de son état fongueux ou non, etc. De tous les agents propres à produire l'effet ci-dessus spécifié, celui qui paraît mériter la préférence, aux yeux de M. Hammett Hailey, chirurgien de l'hôpital d'accouchement de Midland Counties, est l'acide nitrique pur.

L'acide nitrique monohydraté a été préconisé en France, comme caustique, par M. le docteur Rivallié, qui a eu l'idée de le solidifier en en formant une sorte de pâte avec de la charpie, et employé par ce médecin sous cette forme, pour pratiquer les cautérisations profondes du col de l'utérus. Mais on lui a reproché de fuser à travers les tissus, de dégager des vapeurs très-désagréables pour l'opérateur et d'occasionner des hémorrhagies.

M. Hailey ne paraît pas avoir eu lieu de formuler les mêmes accusations contre ce caustique. Il se sert de l'acide nitrique liquide, qu'il étend sur la partie malade à l'aide d'un pinceau de verre (*glass brush*), de manière à le mettre en contact avec tous les points de l'altération, et sans craindre de le faire pénétrer dans ce but jusque dans la cavité cervicale. Mais il prend ses précautions pour que l'acide ne touche pas les parties saines de la muqueuse du col ou du vagin, résultat qu'il obtient soit en tenant le spéculum en face et encadrant bien le museau de tanche, pendant un temps suffisant, vingt minutes, une demi-heure, soit en recouvrant le col et l'entourant d'un plumasseau de laine attaché avec un fil de soie. Notre confrère anglais rapporte six cas en faveur de sa pratique, dont trois d'ulcérations profondes, fongueuses, de date ancienne, ayant résisté à divers moyens, et trois d'ulcérations plus superficielles et plus simples. Dans tous ces cas, la modification produite dans les tissus malades a été très-avantageuse, de telle sorte que, même dans les cas les plus graves, il n'a été nécessaire de revenir à l'emploi du caustique qu'une seconde fois, et que la cicatrisation ne s'est pas fait attendre plus de six semaines à deux mois. En même temps qu'il excitait cette action locale, M. Hailey, on le comprend, a recours aux modificateurs généraux réclamés par l'état constitutionnel des malades, modificateurs empruntés soit à la matière médicale, ferrugineux, huile de foie de morue, toniques amers, soit aux moyens de l'hygiène, alimentation, séjour à la campagne, air marin, bains de mer, etc. (*British med. Journ.*, févr. 1863.)

Avantages de l'arsenic dans certains cas d'affections chroniques des bronches. L'efficacité bien démontrée de l'arsenic contre certaines formes de maladies cutanées devait conduire à en tenter l'emploi contre les affections chroniques des bronches, concomitantes ou alternant avec ces maladies; et c'est ainsi que, suivant une remarque par nous déjà faite (t. LX, p. 558), cet héroïque médicament, anciennement recommandé par Dioscoride dans les toux invétérées, l'asthme, etc., a été, d'après une induction rationnelle fondée sur un fait empirique, invoqué de nouveau de notre temps, notamment par le docteur Wood, comme nous l'avons dit dans l'article ci-dessus rappelé.

Il l'a été encore, plus récemment, dans les mêmes circonstances, par M. Graff, qui est venu apporter, en faveur du traitement arsenical dans ces sortes de cas, son témoignage confirmatif de celui de M. Wood. Suivant ses observations, ces deux genres de maladies, cutanées et bronchiques, résistent trop souvent aux balsamiques, aux résineux, aux sulfureux; mais elles cèdent aux préparations arsenicales, toujours parfaitement tolérées lorsqu'on commence par des doses minimes, pour suivre une proportion graduée ascendante, et en apportant la plus grande précaution à surveiller l'état des voies digestives. La contre-indication de l'usage de l'arsenic ne part, en effet, que de l'état des organes de la digestion. La liqueur de Fowler, à la dose de 3 à 5 gouttes deux ou trois fois par jour, est une bonne médication; il en est de même de l'arséniate de soude, en commençant par 1 à 2 milligrammes; on peut élever successivement les doses de cette dernière préparation à 15 ou 20 milligrammes. (*Journ. des Conn. méd.*, et *Annuaire de Thérap.*, 1863.)

Entropion spasmodique; son traitement par la section

sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières. Il est une variété d'entropion que, faute d'en saisir la cause réelle, on a dû plus d'une fois et l'on pourrait encore attaquer par une opération non indiquée. Nous voulons parler de cette variété vers la connaissance de laquelle Boyer a frayé la voie en mentionnant le spasme de l'orbiculaire des paupières, et qui, reconnue par Sanson, Mackensie, etc., a été désignée par M. Tavignot sous le nom d'entropion *musculaire*, et est maintenant généralement admise. Le mécanisme de la production en est simple, et nous rappelons à nos lecteurs que M. Nivert l'a très-bien exposé dans le tome LXI de notre journal (p. 349 et suiv.), en même temps qu'il en a indiqué le traitement d'après des faits empruntés au service de M. Richet, son maître. Notre collaborateur, M. le docteur Fano, vient à son tour confirmer les résultats de l'observation de ses devanciers, tant au point de vue de l'étiologie qu'à celui de la thérapeutique M. Fano, d'un côté, attribue la principale part, dans la production de la maladie, non-seulement à la contraction spasmodique de l'orbiculaire qui, sous l'influence de la photophobie ou de quelque irritation, se répète fréquemment et devient plus ou moins continue, mais surtout à l'hypertrophie de la portion palpébrale de ce muscle, conséquence de cette contraction ; d'un autre côté, quand les moyens ordinaires de faire cesser l'affection ophthalmique d'où naît le spasme, restent inefficaces, il a recours résolûment à l'opération dont M. Cunier a eu le premier l'idée et qui a depuis été faite avec succès par bon nombre de chirurgiens, à savoir la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral. Voici brièvement résumé un cas intéressant d'entropion spasmodique, observé par notre confrère, et par lui guéri au moyen de cette opération.

Un raffineur âgé de trente-cinq ans, de robuste constitution, avait été affecté d'une conjonctivite aiguë, avec photophobie tellement intense que pendant deux mois il avait tenu les paupières du côté droit fermées convulsivement ; entré alors dans un hôpital, on lui avait pratiqué l'excision d'un lambeau tégumentaire transversal à la paupière inférieure, opération dont il n'avait retiré aucun bénéfice. Il s'était écoulé huit mois depuis le début de la maladie, quand cet homme se présenta à M. Fano en février dernier. A cette époque, il existait toujours une photophobie excessive ; par la vue et le toucher on voyait l'orbiculaire se contracter continuellement ; il y avait entropion spasmodique de la paupière inférieure, trichiasis et consécutivement la cornée était un peu rugueuse et vascularisée. Sous l'influence d'un collyre laudanisé, d'onctions bellado-opiacées autour de l'orbite, plus tard d'un collyre argentique, la photophobie diminua à un certain degré, mais non totalement, et en face du grand jour il y avait toujours impossibilité d'ouvrir les paupières, toujours renversement de l'inférieure en dedans. Le 19 février, section sous-cutanée du faisceau palpébral inférieur de l'orbiculaire ; immédiatement après possibilité d'ouvrir l'œil sans renversement des cils contre le globe ; thrombus volumineux ; compresses imbibées d'eau froide ; résorption graduelle de l'épanchement sanguin. Excellent résultat : le malade a été revu plus d'un mois après et l'entropion ne s'était pas reproduit. (*Union méd.*, avril 1863.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX (1),

Lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Grâce à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière, qui ont bien voulu mettre à ma disposition les gravures de leur belle édition des œuvres d'Amb. Paré, je puis

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 328.

donner un second exemple de phocomélie complexe. Celle-ci est plus que asymétrique, car l'anomalie que présente le membre gauche du sujet est une hémimélie (fig. 16).

Voici l'histoire rapportée par A. Paré : « L'an 1573, je veis à Paris, à la porte de Sainct-André-des-Arts, un enfant aagé de neuf ans, natif de Parpeuille, village trois lieuës près de Guise : son père se nommoit Pierre Renard, et sa mère qui le portoit, Marquette. Ce monstre n'ovoit que deux doigts à la main dextre, et le bras estoit assez bien formé depuis l'espaule iusqu'au coude, mais, depuis le coude iusqu'aux doigts estoit fort difforme. Il estoit sans iambes : toutesfois luy sortoit hors de la fesse dextre vne figure incomplete d'vn pied apparence de quatre orteils : de l'autre fesse senestre en sortoit du milieu deux doigts l'vn desquels ressemble presque à la verge virile. Lequel t'est montré au vray por ceste presente figure. »



Fig. 16.

On trouvera plus loin les dessins des appareils qu'on pourrait employer pour faire marcher un enfant affecté d'un semblable vice de conformation.

Hémimélie.

Le vice de conformation qui vient après la phocomélie est en quelque sorte inverse et moins remarquable ; on va le voir. Ici il n'y avait plus de comparaison possible avec la conformation normale des animaux inférieurs, et notre tératologiste a été obligé d'aller chercher sa dénomination de l'anomalie dans la forme du membre avorté, ἡμι μελος, demi-membre.

« La partie du membre qui dans le premier genre manque, ou n'existe qu'à l'état rudimentaire, plus spécialement le bras et la cuisse, sont ici développés et peuvent même avoir acquis leur volume normal. Au contraire, ajoute Is. Geoffroy Saint-Hilaire, l'avant-bras ou la jambe, et surtout la main ou le pied, *manquent* chez les hémimèles, ou n'y sont représentés que par quelques parties rudimentaires. Il suit de là que le membre affecté d'hémimélie se présente sous la forme d'un moignon plus ou moins court, *soit privé de tout vestige* de main ou de pied, soit, et le plus souvent, terminé par un ou quelques doigts imparfaits et rudimentaires. »

Dans cette définition de l'hémimélie, Is. Geoffroy Saint-Hilaire confond deux ordres de faits bien distincts : ceux qui dépendent d'un arrêt de développement des membres, l'*hémimélie* proprement dite, et ceux qui sont produits par un accident pathologique : les *amputations* dites *spontanées*. Nous reviendrons plus loin sur les caractères distinctifs de ces deux genres de difformités.

Nous débuterons par les faits qui ont trait à l'anomalie. Dans l'exposition des ressources de la prothèse appliquées aux membres abdominaux affectés de phocomélie, nous avons dû fixer notre attention spécialement sur les cas où

l'arrêt de développement ne portait que sur un seul des membres. Il n'en est pas de même dans l'hémimélie : alors que les tronçons présentent la même longueur, comme ils ne sont pas terminés par des pieds, les individus ne pourraient marcher sans le secours de jambes artificielles.

La constitution anatomique des moignons rend l'œuvre de la prothèse beaucoup plus facile qu'après les amputations chirurgicales. La forme arrondie de l'extrémité de la pièce osseuse, l'absence de cicatrice du tégument font qu'on peut prendre un point d'appui sur les points du tronçon du membre, ce qui permet de réduire la jambe artificielle à sa plus grande simplicité. Cependant, comme il existe toujours dans l'hémimélie quelque vestige de la portion du membre avorté, ces parties rudimentaires rendent souvent l'œuvre prothétique un peu plus laborieuse, mais un fabricant habile triomphe facilement de ces difficultés. Nous discuterons plus loin s'il ne serait pas possible, dans quelques cas, de lui venir en aide en enlevant ces parties.

Quoique Is. Geoffroy Saint-Hilaire représente cette anomalie comme beaucoup plus fréquente que la précédente, le nombre des cas d'hémimélie qu'il rapporte dans son traité de tératologie est moins considérable que ceux de phocomélie. Il en sera de même pour les faits qui nous sont propres ; ceux-ci présentent de nouveau cette particularité, que dans le plus grand nombre de nos observations l'hémimélie reste bornée à un seul des membres abdominaux, forme de l'arrêt de développement dont l'ouvrage d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire ne contient aucun exemple.

Le premier de ces cas est un type et des plus complets. Vous avez tous vu, comme nous, il y a une dizaine d'années, sur les diverses places de Paris, un individu qui, né avec un seul membre, la jambe droite, accomplissait avec ce pied unique la plupart des actes dévolus aux mains. Assis sur un escabeau en face d'une table sur laquelle se trouvaient un gobelet, des rasoirs, un pistolet, du papier, des plumes et, de plus, des aiguilles et du fil. Cet homme se servait de tous ces objets comme s'il n'avait pas été privé de ses mains : il buvait, écrivait, se rasait, chargeait et tirait son arme, enfilait une aiguille et cousait. Ces tours d'adresse, qui témoignent de toute l'influence que l'habitude et la persévérance peuvent obtenir d'un organe qui semble constitué exclusivement pour la station et la progression, serviront également de preuve des bons services que ces mutilés parviendraient à retirer de l'usage de membres artificiels bien faits, s'ils les employaient dès l'enfance.

Cet homme, d'une grande intelligence, se prêtait très-volontiers aux investigations scientifiques ; aussi notre collègue M. Broca en a profité pour faire mouler les tronçons des membres affectés d'hémimélie, ainsi que le pied de la jambe droite. Ces pièces sont déposées au musée Dupuytren. En les présentant à la Société anatomique, M. Broca a lu une très-intéressante et très-complète observation à laquelle nous renvoyons (¹). L'analyse suivante suffit à notre but.

Obs. I. *Hémimélie bi-thoracique et hémimélie abdominale unique. — Usage d'une jambe pilon.* — James Legdewood est né à Glascow, au début de ce siècle, d'un père et d'une mère ne présentant aucun vice de conformation. Ses deux frères et ses trois sœurs sont tous grands, forts et bien conformés. Lui-même jouit d'une santé robuste.

(¹) Anomalie des quatre membres par défaut ; amputations congénitales des auteurs (*Bull. de la Société anatomique*, 27e année).

Le dessin que nous donnons nous dispense d'une longue description de l'anomalie qui affectait ses divers membres (fig. 17).

La taille de cet homme est de 1m,62. Sa tête, son tronc et son membre abdominal droit présentent des dimensions normales. L'arrêt de développement porte : 1° sur les deux membres thoraciques qui, tous deux, se terminent au niveau du coude, le droit par une partie de moignon conique, B, à la partie duquel on voit une petite saillie molle. Le bras gauche présente la même conformation, avec cette seule différence qu'au lieu de se terminer en pointe, il se renfle au niveau de son extrémité libre et forme un moignon arrondi, A; à sa partie interne existe une petite saillie exactement semblable pour la consistance et les connexions à celle du membre gauche, mais un peu plus volumineuse. C'est à l'aide de cet appendice que James faisait partir la gâchette de son pistolet.

Le membre inférieur gauche est constitué seulement par la cuisse, qui se termine au niveau du genou par un moignon arrondi C et sans aucune cicatrice. Il existe à son côté interne, comme sur les tronçons des membres supérieurs, une petite saillie globuleuse, seule vestige des parties non développées.



Fig. 17.

Le membre abdominal droit présente une seule trace de l'anomalie : l'absence du petit doigt du pied. Nous avons dit un mot des services si divers que Legdewood était parvenu à tirer de ce pied : M. Broca, dans son observation, insiste sur ces faits, et relate avec grand soin les modifications anatomiques que l'action musculaire avait imprimées au squelette de ce segment du membre. La mention de ces particularités, tout intéressantes qu'elles sont, ne rentrent point dans le cadre de notre travail.

Nous devons nous borner à rappeler la manière dont il accomplissait la

fonction de locomotion. Lorsque cet homme voulait quitter le lieu de ses expériences publiques, il plaçait sous le moignon de son membre gauche une jambe de bois avec pilon, en tout semblable au modèle journellement délivré à nos amputés pauvres. Muni d'un semblable appareil, et privé du mouvement de ses bras pour maintenir son équilibre, il n'était pas étonnant que sa démarche fût vacillante et mal assurée. S'il eût possédé une de ces jambes artificielles qu'on sait si bien faire aujourd'hui, un homme doué d'autant d'adresse que Legdewood eût marché tout autrement.

En voyant tous les actes que cet homme parvenait à accomplir avec son pied, on se prend à regretter qu'il n'ait pas appartenu à une famille aisée et intelligente, qui eût pu et voulu faire les sacrifices d'essais de prothèse de membres supérieurs. Que de services un individu doué d'autant de dextérité et de persévérance n'eût-il pas retiré de l'usage de bras artificiels !

Au point de vue tératologique, le fait de Legdewood est un des types les plus saisissants de l'hémimélie et il n'est pas d'auteur qui en ait fourni d'aussi complet. Il offre moins de valeur pour le but que nous poursuivons, l'étude des ressources de la prothèse. Ce sont les faits qui se cachent dans l'intérieur des familles qu'il faut aller découvrir, si l'on veut être éclairé sur le degré d'utilité des appareils, et j'ai eu déjà l'occasion de dire toutes les difficultés que l'on rencontre pour y parvenir. Les parents oublient vite et les angoisses qu'ils ont éprouvées lorsqu'ils ont vu naître leur enfant mutilé, et les joies qu'ils ont ressenties lorsqu'ils ont été témoins des premiers essais de la prothèse. Malheureusement toutes ces tentatives, restant isolées, ne contribuent en rien aux progrès de la chirurgie restauratrice.

Voici cependant quelques faits nouveaux qui m'ont été révélés pendant ma récente enquête ; tout incomplets qu'ils sont, ils suffiront pour éveiller la sollicitude de nos confrères et peut-être aussi pour éclairer les familles et leur faire consentir à donner quelques renseignements sur les bons ou les mauvais résultats des modèles d'appareils dont leurs enfants ont fait usage.

Je débute par les observations d'hémimélie abdominale ; M. Mathieu m'a remis deux moules que je place sous vos yeux. Le premier montre que l'anomalie peut constituer plus qu'un *demi-membre*, puisque, en plus de la cuisse, il existe dans ce cas un tronçon de la jambe exactement semblable à celui qu'eût laissé une amputation pratiquée au lieu d'élection. Le second moule démontre que le segment jambier peut exister tout entier ; seulement il est plus ou moins altéré dans sa forme par un arrêt de croissance qui vient ajouter ses effets à ceux produits par l'évolution incomplète de cette partie du membre.

Obs. II. *Hémimélie abdominale gauche ; tronçon s'arrêtant au quart supérieur de la jambe. — Incurvation du tibia droit. — Modèle des appareils construits pour parer à ces lésions.* — Voici l'histoire de cet enfant que m'a adressé M. le docteur Chancerel. « Il est âgé d'environ onze mois ; son père a de soixante-huit à soixante-dix ans, sa mère trente-sept ans ; tous deux sont bien conformés, ainsi que la fille aînée, âgée de huit ans. Je dois dire ici, pour mémoire, et par respect pour la vérité, que la mère fut vivement impressionnée au commencement de sa grossesse par la vue quotidienne d'un individu âgé de vingt ans et qui possède seulement la tête, le tronc et le bras droit, dont il se sert à merveille pour se traîner et mendier sur nos routes. Il se présentait chaque jour à la mère de notre enfant hémimèle, laquelle, très-impressionnable, en rêvait la nuit...!

« Notre petit hémimèle est très-fort ; la jambe fait défaut à partir du quart

supérieur environ. Le moignon, qui est développé absolument comme la partie correspondante de la jambe saine, était terminé par une sorte de tumeur du volume d'un œuf; sa surface était rouge et luisante; elle présentait à son centre un os, vestige du tibia. Comme elle présentait un pédicule, je l'enlevai à l'aide de l'écraseur linéaire. Sa consistance était très-ferme, et ces tissus offraient un aspect charnu évident. Le dessin que vous me faites tenir dans votre lettre est très-exact.

« L'enfant offrait en outre à sa naissance une déformation de la jambe saine qui consistait en une courbure très-forte du tibia à concavité interne et un peu au-dessus de la malléole; un ulcère résultant d'un arrêt de développement de la peau au point de rencontre, dans le sein de la mère, de cette jambe droite avec le moignon de la jambe gauche. Aussitôt la naissance, et même pendant un certain temps après, les deux membres abandonnés à eux-mêmes reprenaient encore la même position et gardaient le même rapport. Cet ulcère a guéri, mais en laissant des fibres cicatricielles qui contribuent à maintenir cette incurvation du tibia. Le pied qui existe manque du gros orteil.

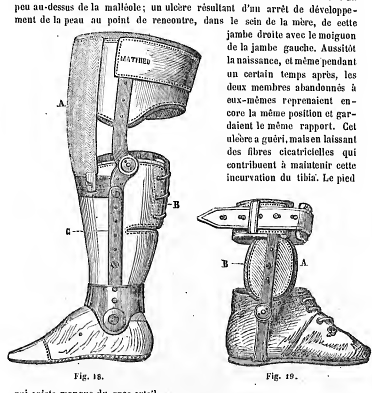


Fig. 18. Fig. 19.

« Les deux mains de ce petit garçon étaient aussi difformes; la gauche a cinq doigts, le pouce est normal, mais la dernière phalange manque à deux des autres doigts. La main droite n'a que quatre doigts; le pouce est normal, la phalange unguéale manque encore aux autres doigts, ou plutôt il existe seulement un rudiment de phalange et un rudiment d'ongle. En outre, trois des doigts de chacune des mains étaient palmés; ceux de la main gauche dans une très-petite étendue, ceux de la droite dans presque toute leur hauteur. Comme au niveau des articulations métacarpophalangiennes, il existait un petit intervalle séparé et libre par où on pouvait introduire une grosse aiguille à tricoter, j'ai séparé les doigts à l'aide d'un bistouri et ai rapproché les lèvres des

plaies au moyen de points de suture. La réunion s'est faite par première intention. L'enfant se servira à merveille de ses doigts, qui agissent très-bien et séparément.

« Les parents, ayant hâte de voir parer à la mutilation de leur enfant, et partageant votre opinion, qu'on ne saurait commencer trop tôt l'usage des appareils prothétiques, nous avons fait faire les moules des membres abdominaux et les avons adressés à M. Mathieu, qui vient de nous envoyer les deux appareils destinés à cet enfant.

« L'un (fig. 18) est une jambe artificielle construite sur le modèle employé pour les sujets adultes. La brièveté du moignon a engagé M. Mathieu à placer au-devant de l'articulation du genou une plaque en tissu élastique, A, destiné à faciliter le mouvement d'extension de la jambe artificielle. Ce fabricant, tenant compte de notre conseil, a pris un point d'appui sur l'extrémité du moignon, afin de pouvoir moins serrer le cuissard, et, partant, de moins atrophier les parties charnues qu'il embrasse.

« L'autre (fig. 19) est un broquedin garni de deux attelles latérales. L'externe donne point d'appui à une plaque rembourrée, A, destinée à refouler la portion convexe du squelette de la jambe droite.

« Ces appareils sont appliqués seulement depuis quelques jours, et je vous tiendrai au courant des résultats de leur emploi. » (Lettre du 15 avril 1863)

Tels sont les renseignements qui nous sont fournis par notre distingué confrère de Caen ; ils laissent peu à désirer. La présence d'une tumeur à l'extrémité du tronçon du membre mutilé, l'existence d'un vestige de squelette à l'intérieur de cet appendice, l'aspect charnu des tissus, tout prouve que l'absence de la partie inférieure de la jambe chez cet enfant est bien le fait d'un arrêt de développement et non le résultat d'une amputation survenue pendant le cours de la vie intra-utérine. Les autres mutilations : l'absence du pouce du pied droit, l'arrêt de développement des dernières phalanges d'un grand nombre des doigts des mains, témoignent de l'intervention d'une cause qui n'agit pas seulement d'une façon mécanique.

Quant aux résultats de cette intervention hâtive des appareils, M. Chancerel est un bon juge, et ses remarques ne seront perdues ni pour le bien de cet enfant ni pour les progrès de la prothèse.

Obs. III. *Hémimélie bornée à la jambe gauche. — Usage d'une bottine avec pied artificiel depuis dix années.* — Une petite fille âgée de quatre ans, appartenant à des ménagers des environs de Montereau, a été amenée à M. Mathieu en 1853, pour lui faire un appareil qui suppléât le pied qui lui manquait. Jusque-là on avait fait marcher cette enfant avec une bottine en cuir fabriquée par un cordonnier de la ville, et cette chaussure ne présentait d'autre particularité que de remonter un peu plus haut que les brodequins ordinaires. On plaçait à l'intérieur un tampon de linge pour diminuer la différence de hauteur des deux membres.


Fig. 20.

L'anomalie, ainsi que le montre l'empreinte en plâtre dont la figure est ci-jointe (fig. 20), porte sur la partie antérieure du pied.

La jambe saine, mesurée du milieu de l'articulation du genou au sol, a 33 centimètres, celle anormale 25. La différence de longueur entre les deux segments est donc de 7 centimètres. Ce qui a permis d'ajouter un pied artificiel.

Il est difficile de juger, d'après le moule, la constitution anatomique de l'ex-

trémité inférieure, siége de l'anomalie; on constate que la longueur du tibia est de 21 centimètres et celle du squelette de l'arrière-pied, qui seul existe, de 5 centimètres. Mais quels sont les os qui le constituent? Y a-t-il un astragale; existe-t-il quelques vestiges des os du tarse? C'est ce qu'on ne peut dire, et comme il n'y a pas de médecin dans le village qu'habite cette famille, je n'ai pu résoudre ces points.

M. Mathieu a construit pour cette petite fille une bottine en cuir moulé sur l'empreinte en plâtre; à cette gaîne sont fixées deux attelles latérales qui viennent s'articuler avec un pied artificiel, mobile, mais sans ressort; c'est-à-dire que le mouvement de ce segment de l'appareil est confié au jeu d'une charnière simple, et un peu serrée dans son ajustement. Le pied est relevé par l'action d'un ressort en feuilles. Il résulte de ce mode de construction que l'appareil réclame rarement des réparations et que, quand par hasard un accident arrive, le premier ouvrier venu peut y parer.

Il faut se bien garder, chez les enfants, de donner trop de jeu à l'articulation du pied; cette disposition assure une plus longue durée à l'appareil en même temps qu'il donne une plus grande solidité à la marche.

Nous devons à M. Béchard les deux exemples suivants d'hémimélie abdominale.

Obs. IV. *Arrêt de développement de la jambe droite qui semble constituée seulement par le tibia recouvert du tégument externe. — Usage d'une bottine en bois de tilleul avec pied artificiel.* — Le jeune X***, clerc de notaire, âgé de dix-sept ans, de petite taille, mais d'une bonne constitution, est né avec une hémimélie affectant le segment inférieur du membre droit. La figure 21, copie du moule en plâtre que possède M. Béchard, suffit pour donner une idée de la constitution anatomique de cette jambe. J'ai pu examiner ce jeune homme et me suis assuré que ce tronçon de jambe est constitué par un tibia avorté que recouvre la peau doublée d'une couche sensible du tissu cellulaire [1]. Lorsqu'il est né, sa jambe anormale était droite; elle s'est incurvée, dit-il, par l'usage d'appareils informes qu'on lui a fait porter pendant son enfance. En effet, dès qu'il fut en âge de marcher, le cordonnier du lieu lui construisit une bottine en cuir épais recouvrant la moitié de la hauteur de la jambe. A l'aide de cette chaussure, il put aller et venir. Sous l'influence de la pression du poids du corps le tibia s'incurva, on chercha à y remédier en construisant une sorte de bottine en fer-blanc terminée par un soulier en cuir; mais l'extrémité du moignon supportait toujours le poids du corps, et il se forma un fort durillon à la partie antérieure de la partie moyenne du tronçon, résultat de la pression de cet angle sur la paroi rigide de l'appareil.

Fig. 21.

La difficulté de la marche devint telle, que les

[1] La figure 25, qu'on trouvera plus loin, présente un arrêt de développement du tibia encore plus prononcé.

parents se décidèrent à envoyer leur fils Paris. M. Béchard lui a construit une bottine en bois de tilleul (¹), avec pied artificiel ; seulement, en fabricant habile, il a pris exclusivement son point d'appui autour des condyles du tibia. L'appareil est maintenu en place à l'aide d'une simple jarretière bouclée au-dessus du genou.

Avec cette bottine artificielle, ce jeune homme nous a dit qu'il faisait très-souvent des courses de 8 et 10 kilomètres. Quoiqu'il ne la porte que depuis huit mois et qu'il soit âgé de dix-sept ans, l'incurvation du tibia a diminué de plus de moitié.

Ce jeune homme m'avait été présenté comme exemple d'une amputation spontanée. La constitution anatomique du tronçon ne m'a pas permis d'accepter cette étiologie de la difformité. J'ai examiné le membre avec soin et n'ai pas tardé à trouver dans le creux poplité une cicatrice qui m'a paru être due à l'ablation d'une tumeur congénitale formée par le rudiment des parties du membre qui faisaient défaut. La lettre suivante de M. le docteur Bergeron va montrer combien mes prévisions étaient fondées.

« C'est une sage-femme qui a accouché la mère, l'enfant m'a été présenté le lendemain avec un moignon long et grêle qui me parut formé seulement par le tibia. L'arrêt de développement, ou l'amputation, s'était opéré à l'articulation tibio-tarsienne. Les muscles de la jambe paraissaient presque atrophiés.

« Je me rappelle fort bien que ce petit garçon portait au creux poplité une tumeur de 2 centimètres de long et de 1 de diamètre, cette tumeur adhérait à la peau par un pédicule mince qu'un coup de ciseaux put abattre, la petite plaie fournit peu de sang ; la tumeur, examinée, me parut fournie par la peau et du tissu adipeux très-serré, et, au milieu de ce tissu, deux ou trois petits corps cartilagineux et présentant un commencement d'ossification que je pris pour des rudiments des os du pied ; au reste, ces petits corps n'avaient point de forme déterminée.

« La jambe était parfaitement droite, l'extrémité inférieure, très-grêle, était recouverte par une peau très-mince, elle n'était point recourbée comme vous la représentez dans votre dessin.

« La sage-femme, que j'ai interrogée hier, m'a assuré que le cordon ombilical n'enroulait point la jambe et qu'elle n'avait trouvé dans la poche des eaux rien d'extraordinaire. » (Lettre du 28 février 1863.)

Quelques jours plus tard, M. Bergeron ajoutait les renseignements suivants :

« Je me rappelle parfaitement avoir mesuré les deux jambes du jeune X*** le lendemain de sa naissance, et je suis très-certain que la jambe avortée était aussi longue que l'autre ; pour plus de certitude, j'ai consulté la mère, elle m'a dit qu'elle avait toujours remarqué que l'extrémité de la jambe avortée correspondait à la malléole interne du côté sain, il y a donc eu, comme vous dites, un arrêt de croissance qui est venu ajouter ses effets à ceux de l'évolution incomplète des parties.

« A cette époque, la peau qui recouvrait l'extrémité du moignon était rouge, très-mince et paraissait n'être séparée de l'os que par une couche à peine appréciable de tissu cellulaire ; actuellement, d'après ce que vous m'apprenez, il n'en serait plus de même, et une couche assez épaisse de tissu cellulaire paraît ma-

(¹) Ce qui différencie la bottine artificielle de la jambe, c'est que, pour l'usage de cette dernière, le point d'appui est pris à la cuisse, quand on ne le fait pas remonter jusqu'au bassin.

telasser le moignon; il s'est donc produit depuis un développement remarquable du tissu cellulaire du talon. » (Lettre du 5 mars 1863.)

Pour notre dernier cas d'hémimélie abdominale, je ne puis que placer sous vos yeux les moules de cette anomalie, et me borner à vous rapporter les renseignements qui m'ont été donnés par M. Béchard, car je n'ai pu ni examiner le mutilé ni apprendre le nom du médecin de la famille.

Obs. V. *Hémimélie des deux membres abdominaux et main droite réduite à la région carpienne. — Appareils prothétiques.* — Un jeune homme de seize à dix-sept ans, d'une constitution assez chétive et porteur de nombreuses difformités congénitales fut conduit, vers 1852, chez M. Béchard, pour lui fabriquer deux jambes et un bras artificiel. Les moules des membres abdominaux (fig. 22) permettent de se rendre compte de la nature de l'anomalie qui affectait la partie inférieure de ces membres. A droite, le segment jambier est normal, le pied seul est atteint, sa partie antérieure se trouve réduite au gros orteil et à son métatarsien. L'arrière-pied existe, de sorte que cette extrémité, toute difforme qu'elle est, constitue une base de sustentation assez complète. Il n'en est pas de même pour le membre gauche, le pied manque entièrement et la jambe, enrayée aussi dans son évolution, présente une diminution d'environ un quart de sa hauteur. Enfin, la main gauche se trouvait réduite à une sorte de palette, constituée par le squelette du carpe aminci.



Fig. 22.

Voici la disposition des appareils à l'aide desquels M. Béchard a cherché à parer à ces diverses difformités.

Le pied droit fut chaussé avec un brodequin garni d'attelles latérales en acier, avec ressort en batterie de fusil, semblable à ceux qu'on applique aux individus affectés de pied-bot. La partie interne de l'empeigne de ce brodequin fut doublée d'une plaque de tôle, afin de résister au mouvement d'adduction forcée du gros orteil.

Pour la jambe gauche, M. Béchard construisit un appareil analogue à celui qu'il avait fabriqué déjà pour un cas de renversement du moignon à la suite d'une amputation de Chopart, c'est-à-dire une gaîne en cuir (fig. 23 et 24) suspendue à deux attelles jambières et dans laquelle on place le tronçon du membre. Dans ce modèle les attelles sont réunies à un étrier fixé au soulier, de cette façon la chaussure fait l'office d'un pied artificiel ; pour cet hémimèle la hauteur de la mutilation de la jambe permit à M. Béchard de fixer les attelles jambières sur un pied en bois.

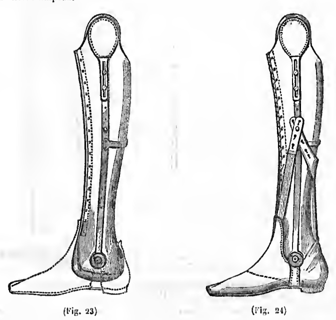
Nous dirons plus loin un mot du modèle de bras construit pour ce mutilé.

Prothèse.

Si la fonction des membres supérieurs et celle des membres inférieurs était

la même, nous devrions exposer nos faits d'hémimélie thoracique avant de jeter un coup d'œil sur la constitution anatomique des tronçons des membres avortés. La diversité de leurs usages, c'est-à-dire la différence qui existe entre la préhension des objets et la marche, doit nous porter à diviser cette étude. Nous allons donc dire un mot ici de la conformation des membres inférieurs affectés d'hémimélie et la considérer surtout dans ses rapports avec l'adaptation d'une jambe artificielle.

Dans l'espèce, l'art ne peut rien modifier et il faut qu'il respecte les changements subis par la conformation normale des parties ; tout au plus peut-il intervenir pour faire disparaître ces petites excroissances, vestiges des parties avortées, qui existent à l'extrémité des tronçons. Encore faut-il, pour que cette opération soit inoffensive, que le tubercule soit formé presque exclusivement de tissus adipeux.



(Fig. 23) (Fig. 24)

Nous ne connaissons qu'une seule pièce montrant la constitution anatomique de ces segments, elle figure dans le musée Dupuytren (nº 155) où nous l'avons fait dessiner [1]. La particularité la plus remarquable, après la disposition des muscles en rapport avec la forme du membre, est le moindre développement de l'artère crurale A (fig. 25), dont le calibre semble proportionné aux dimensions du tronçon qu'elle doit nourrir. L'auteur de cette dissection n'a pas recherché

(1) Dans la description des monstres unitaires du musée Dupuytren que M. Houel donne à la fin de son Manuel d'anatomie pathologique, nous lisons à propos de cette pièce : Enfant dont la jambe est remplacée par un appendice *digitiforme*, ce qui laisse supposer que l'enveloppe cutanée de ce tibia avorté offrait la disposition d'un doigt.

les expansions des nerfs périphériques dans la peau qui recouvre le moignon, point important à étudier, ainsi que nous le montrerons tout à l'heure.

Les faits que nous venons de produire présentent les variétés principales de l'hémimélie.

L'anomalie type, celle qui a servi à la dénomination du vice de conformation (demi-membre) s'observe surtout dans le cas où la mutilation est multiple (Obs. I). Les membres hémimèles sont formés exclusivement par les bras et la cuisse, bien conformés d'ailleurs. Dans ces cas, l'œuvre restauratrice doit se borner à appliquer au mutilé les appareils créés pour les désarticulations fémoro-tibiales, et comme le moignon peut toujours prendre un point d'appui solide sur l'appareil, le problème mécanique est plus simple encore, à moins qu'on ne veuille faire porter au mutilé une jambe artificielle s'articulant au genou. Avec ces appareils, les bénéfices de la conformation de l'extrémité du tronçon du membre hémimèle sont perdus, le point d'appui principal devant être pris au bassin.

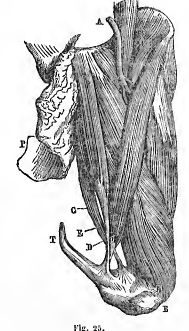


Fig. 25.

La seconde variété de l'anomalie est celle dans laquelle il existe, en plus de la cuisse, le quart ou le tiers supérieur du segment jambier (Obs. II). Dans ces cas, les moignons sont le plus souvent semblables à ceux produits par les amputations pratiquées par le chirurgien. Si l'on veut faire marcher les mutilés avec la jambe rigide, on peut toujours prendre un point d'appui sur l'extrémité du moignon ; mais, lorsqu'on applique un appareil mobile dans l'articulation du genou, il faut certaines précautions pour refaire profiter l'individu des avantages de la constitution anatomique de l'extrémité du tronçon du membre. A la suite des opérations chirurgicales, cette précaution est excellente, mais il n'en est pas de même dans les cas de mutilations congénitales; deux points d'appui valent mieux qu'un seul, et l'inférieur offre plusieurs avantages : 1° il permet d'exercer une moindre compression sur la cuisse; 2° le mutilé a une conscience plus nette de la résistance du terrain sur lequel reposes son pied artificiel.

Une forme plus fréquente est celle dans laquelle non-seulement tout le segment jambier existe, mais on constate encore un vestige de l'arrière-pied (Obs. III et IV). L'arrêt de développement subi par ces parties, auquel ne tarde pas à venir se joindre l'effet d'un arrêt dans la croissance normale de ces mêmes parties, amène une différence assez grande dans la hauteur des deux membres pour que, le plus souvent, on puisse adapter un pied artificiel à l'appareil. Les observations

que nous avons rapportées en sont des exemples. Si, par exception, la différence de hauteur ne permettait pas l'addition de ce pied artificiel, on cèlerait la difformité en articulant la chaussure avec les attelles, ainsi que le représentent les figures 23 et 24.

Le plus souvent, le tronçon du membre avorté est assez fort pour supporter le poids du corps ; quand il en est autrement, il suffit de reporter le point d'appui de l'appareil au sommet du segment, c'est-à-dire autour des condyles du tibia (Obs. IV).

En somme, l'œuvre prothétique, dans les cas d'hémimélie unique surtout, est toujours plus facile qu'après les amputations, et par conséquent les résultats que nous avons publiés sur l'utilité des appareils pour restaurer les fonctions du membre inférieur enlevé par une opération chirurgicale [1] peuvent être rappelés à propos des mutilations congénitales et abrègent cette partie de notre tâche. La seule remarque que nous devions présenter, et elle est des plus importantes, est de recommander aux fabricants d'utiliser le plus possible ces tronçons des membres avortés. Quoique l'arrêt de développement ait porté sur le système nerveux périphérique, comme sur les autres éléments, il n'est pas détruit, et les mutilés conservent à l'extrémité de leur moignon une sensation tactile précieuse. Ainsi que nous aurons l'occasion d'en fournir des exemples quand nous traiterons de la prothèse du membre supérieur, lorsque l'anomalie est bornée au carpe, les mutilés, à l'aide de leur main artificielle, distinguent très-facilement si le tissu que vous placez entre leurs doigts est fabriqué avec la soie ou le coton. De même lorsque le tronçon de la jambe avortée est enfermé dans une gaîne, les mutilés vous disent qu'il semble que le pied leur est rendu ; et ils ne se trompent pas sur la nature du sol sur lequel ils marchent. Ces notions sont donc des plus utiles pour ces individus, et on doit tout tenter pour les leur conserver.

(La suite prochainement.)

La Faculté de médecine de Montpellier avait demandé à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes l'autorisation de s'assembler afin de délibérer sur l'opportunité du rétablissement du concours pour le professorat. Nous apprenons avec une vive satisfaction que, fidèle à la pensée libérale qui préside à tous les actes de son administration, M. Rouland a bien voulu accorder l'autorisation demandée. Puisse cette bonne nouvelle préluder au rétablissement d'une institution vivement désirée par tous ceux qui demandent au travail seul la réalisation d'une ambition légitime.

On assure que la section de médecine opératoire, après avoir discuté les titres des candidats qui se présentent pour succéder à M. Robert, aurait classé en 1re ligne et *ex æquo*, MM. Broca et Richet ; en 2e ligne, M. Michon ; en 3e ligne, M. Legouest ; en 4e ligne, M. Alph. Guérin ; et en 5e ligne, M. Morel-Lavallée.

Un concours pour un emploi de professeur agrégé (clinique médicale), en remplacement de M. le docteur Colin, dont la quatrième année de fonctions est expirée, doit avoir lieu prochainement au Val-de-Grâce.

Par des décrets récents, M. Pasquier, médecin principal, M. Lambert et M. Fropo, médecins-majors, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur.

---

[1] Enquête sur la valeur des jambes artificielles destinées aux amputations sus-malléolaires (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du la valeur des purgatifs dans le traitement de la dysentérie (1).

Par M. le docteur J. Delioux de Savignac, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

1. Après l'ipéca, les purgatifs sont les médicaments qui conviennent le mieux dans la dysentérie. Détournés un moment de leur emploi, sous l'influence des idées erronées de la doctrine de l'irritation, les thérapeutistes y revinrent, timidement d'abord, et ne tardèrent pas à reconnaître la supériorité de la méthode de Sydenham, de Stoll, de Zimmermann, de Degner, de Pringle, sur celle du réformateur systématique du Val-de-Grâce. C'est encore l'un des mérites de Bretonneau d'avoir été des premiers à démontrer cliniquement l'impuissance et les dangers de la médication antiphlogistique, et l'efficacité de la médication évacuante, sagement conduite, contre la maladie en question. La pratique du célèbre médecin de Tours, propagée par ses élèves, servit d'exemple, et les purgatifs reconquirent peu à peu dans le traitement de la dysentérie le rang que leur avait fait perdre une véritable déviation du sens médical ; car on ne peut taxer autrement un système qui se jetait à corps perdu dans les émissions sanguines, les émollients et la diète, et cela précisément pour attaquer la maladie qui s'accommode le moins de l'exagération de ces moyens thérapeutiques.

Les faits ont depuis longtemps déposé éloquemment en faveur de l'innovation heureuse de Bretonneau ; les chiffres de mortalité, de récidives, de cas passés à l'état chronique, se sont abaissés depuis que la médication évacuante a pris le dessus sur la médication antiphlogistique dans le traitement de la dysentérie. L'indication des purgatifs n'est donc plus contestée en principe, comme il y a trente et quarante ans, alors que l'on déclarait incendiaire toute médication dont ils auraient fait partie : seulement, il ne faut accepter que sous toutes réserves l'idée théorique qui guidait Bretonneau dans leur emploi, et d'après laquelle il prétendait expliquer leurs effets.

Bretonneau pensait, comme le pense encore aujourd'hui le maître éminent qui s'honore d'avoir été son élève, M. Trousseau, que les purgatifs agissent dans la dysentérie, en substituant à l'inflam-

(1) Cet article est un des chapitres du *Traité de la dysentérie* dont notre savant collaborateur corrige les épreuves, et qui, dans peu de jours, sera en vente à la librairie de Victor Masson.

mation spécifique et de mauvaise nature, fixée sur le gros intestin, une autre inflammation spécifique aussi, mais tendant naturellement à la guérison (clinique de l'Hôtel-Dieu).

Rien n'est plus hypothétique, plus contestable que cette théorie, comme je l'ai dit dans un autre ouvrage ; aucun fait expérimental ne la démontre, et tout porte à croire, au contraire, que les purgatifs qui seraient susceptibles d'irriter la muqueuse intestinale dans la période aiguë de la dysentérie, seraient plus préjudiciables qu'utiles ; et la preuve, c'est que ce ne sont pas les purgatifs énergiques, et surtout ceux qui sont doués d'une action topique irritante, qui réussissent dans la dysentérie, mais bien les purgatifs les plus doux dans leur action dynamique, et les moins capables d'offenser localement les parties lésées. Les premiers exaspèrent la lésion, et par suite la maladie ; les seconds seuls procurent l'amélioration que l'on désire. La crainte qu'avait Broussais d'attiser la phlogose de la muqueuse digestive par des substances irritantes était fondée jusqu'à un certain point ; son erreur consistait à croire que tous les médicaments purgatifs, jusqu'aux minoratifs, pussent agir de cette façon, comme le jugent aussi, mais à un autre point de vue, les partisans de la substitution.

On peut expliquer d'une manière beaucoup plus simple, beaucoup plus rationnelle, et entièrement concordante avec les faits, l'action des purgatifs dans la dysentérie. Ils sollicitent le mouvement péristaltique, les contractions musculaires des intestins, et rendent un libre cours, d'abord aux matières, bile et excréments, amassées dans leur cavité, puis aux nouveaux produits de sécrétion que leur action dynamique y attire ; en d'autres termes, ils rétablissent les conditions normales de la défécation ; ils produisent un afflux de bile et de sérosité, en faisant appel au foie dont ils modèrent l'orgasme, et au réseau vasculaire de la muqueuse qu'ils dégorgent ; ils déterminent enfin la diarrhée, phénomène qui se passe fort bien pour sa réalisation d'une phlegmasie artificielle des intestins, puisque nous le voyons tous les jours se produire sans la moindre entéro-colite réelle. Que l'on se garde bien, dans la dysentérie, d'aller au delà. Il ne s'agit nullement d'irriter artificiellement, ou tout autrement, la muqueuse intestinale qui n'est déjà que trop irritée ou trop disposée à l'être ; il s'agit tout simplement de restituer aux intestins leur contractilité physiologique, et de transformer le flux dysentérique en diarrhée ; il se peut que, à la faveur de celle-ci, des éliminations favorables s'opèrent ; toujours est-il du moins que son apparition est nécessaire à l'amélioration de la dy-

sentérie, qui n'arrive jamais mieux à la guérison qu'après avoir passé préalablement par la diarrhée.

Mais il est bon que tout cela s'obtienne sans irriter, et surtout sans enflammer, même thérapeutiquement, la muqueuse de l'intestin. Aussi importe-t-il de ne faire choix que de substances purgatives incapables d'augmenter la sensibilité morbide de cette muqueuse, ou d'exalter la congestion inflammatoire dont elle est le siége. Il faut que ces substances se bornent à agir, ou par une exosmose qui soutire la sérosité du sang, ou par une action réflexe qui excite les appareils sécrétoires, ou enfin, après leur absorption, par une modification intime et mystérieuse du sang en vertu de laquelle les liquides se dirigent vers les voies éliminatoires ouvertes à la surface de la muqueuse gastro-intestinale; et tout cela, je le répète, sans irriter en réalité cette muqueuse.

C'est même là l'inconvénient de l'emploi des purgatifs dans la dysentérie, et ce qui fait qu'ils sont loin de convenir dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie. S'ils donnent plus que de la diarrhée, s'ils surexcitent la sensibilité intestinale, s'ils opèrent, non pas en substituant, mais en ajoutant une inflammation nouvelle à celle qui existe déjà, ils cessent d'être favorables, utiles, opportuns; ils deviennent nuisibles à tous égards; et de là découlent la nécessité de bien apprécier l'indication et de choisir à bon escient le médicament avant d'instituer la médication purgative.

Il est incontestable, en effet, que les purgatifs énergiques et irritants ne conviennent aucunement à la dysentérie; tels sont la coloquinte et le croton tiglium; les résineux même, en général, y produisent de mauvais effets; le jalap, la scammonée, l'aloès sont dans le même cas; le calomel et la rhubarbe, qui sont, au contraire, d'une fréquente utilité, deviennent eux-mêmes nuisibles quelquefois. Ce n'est donc qu'aux purgatifs les plus doux qu'il faut songer ici; et encore, tant la médication purgative rend l'intervention délicate comme on le voit, il est des circonstances où l'on doit se défier de leur emploi, d'autres enfin où il faut absolument s'en abstenir.

Ainsi toutes les formes fortement accusées de la dysentérie s'accommodent généralement mal de l'emploi des purgatifs à leur début; il est bon de commencer par un ipéca vomitif, et mieux encore d'instituer pendant quelques jours le traitement altérant par ce médicament, tel que je l'ai précédemment exposé. Lorsque les formes sont décidément graves, les purgatifs conviennent encore moins, et il en est même qui les repoussent d'une manière absolue. Ils sont

contre-indiqués dans la forme inflammatoire, qui doit être modérée d'abord avant qu'on les appelle à son aide; ils le sont encore davantage dans les formes hémorrhagique et algide; je ne les conseillerais point dans la forme gangréneuse, et il est des états typhoïdes qui s'en trouvent mal. Les formes qui leur conviennent le mieux sont les formes simple ou catarrhale, bilieuse, et rhumatoïde. Dans les autres, il sera ordinairement utile de commencer par l'ipéca, et l'on devra songer en outre, selon les cas, à quelques-uns de ces médicaments dont il sera parlé par la suite et qui répondent à des indications spéciales.

Quant à la dysentérie chronique, ce n'est que exceptionnellement que l'on introduit quelques purgatifs dans son traitement.

II. *Purgatifs en particulier; séné, crème de tartre, sels neutres, tamarin, casse, manne, huile de ricin, rhubarbe.* — Examinons maintenant les divers médicaments purgatifs qui ont été employés ou qui peuvent l'être avec avantage dans le traitement de la dysentérie.

Sydenham avait adopté une potion purgative dans laquelle il faisait entrer le séné, le tamarin et la manne; remède très-bien conçu et qui mériterait d'être expérimenté de nouveau. Le *séné* surtout, dont on connaît l'action puissante sur la contractilité intestinale, serait spécialement indiqué, si l'opinion que j'ai émise sur l'inertie de la tunique musculeuse de l'intestin est fondée; je regrette de ne l'avoir pas assez expérimenté pour en donner pertinemment mon avis, et je me propose d'en reprendre l'étude clinique à la première occasion.

Zimmermann donnait la préférence à la *crème de tartre* et au *tamarin;* il employait en outre le *sel de Sedlitz* ou *sulfate de magnésie*, et ne plaçait qu'en seconde ligne la *rhubarbe*. Il donnait la crème de tartre à la dose de 32 grammes, le tamarin à 96 grammes aux adultes, 64 aux enfants, 32 aux enfants du premier âge; ces médicaments étaient dissous dans une grande quantité d'eau, un à deux litres, sorte de tisane purgative qu'il faisait boire tiède et par verre dans le cours de la journée. Il donnait le sulfate de magnésie à la dose de 30 à 45 grammes; parfois enfin, il réunissait la crème de tartre au tamarin ou à la rhubarbe.

Stoll donnait la préférence aux *sels neutres* purgatifs.

Ces trois grands praticiens commençaient le traitement, le premier par la saignée, les deux autres par un vomitif à l'ipéca.

On remarquera que Zimmermann faisait dissoudre les substances purgatives dans une grande quantité d'eau, et les prescrivait à doses

fractionnées. Cette méthode, au reste, était généralement suivie autrefois ; elle avait l'avantage de faire éviter l'irritation topique du médicament et de prolonger son action dynamique ; elle est acceptée aujourd'hui par plusieurs praticiens. Toutefois, elle ne saurait être érigée en règle absolue, et il est des circonstances où l'on peut, où l'on doit même administrer certains purgatifs à doses rapprochées et même en une seule à la fois.

Le *tamarin* et la *casse* sont des laxatifs très-utiles, que l'on ne songe guère à employer en France aujourd'hui ; mais on en fait beaucoup plus d'usage dans les colonies intertropicales, où ces produits sont indigènes.

Parmi les purgatifs doux, la *manne* mérite aussi une mention spéciale ; c'est un remède antidysentérique recommandé de longue date, honoré, comme on vient de le voir, de la confiance de Sydenham, et que Degner avait particulièrement adopté. M. Dutroulau en avait généralisé l'emploi dans le traitement de la dysentérie et de la diarrhée endémiques aux Antilles. Il la regardait, dans ces affections, comme un remède spécial, supérieur aux sels neutres et à l'huile de ricin ; il la prescrivait à la dose de 30 grammes, dissoute dans 500 de petit-lait, à boire par demi-verres toutes les heures, pendant trois jours au moins, et jusqu'à huit jours consécutifs, si l'amélioration attendue tardait à se produire. Il faut, dit M. Dutroulau, que le petit-lait manné soit toléré, qu'il n'agisse comme évacuant que les deux ou trois premiers jours, quelquefois même pas du tout, ce qui prouverait qu'il a une action particulière.

Le *sulfate de soude* et le *sulfate de magnésie* sont préférés par plusieurs médecins, qui les donnent non-seulement en potion, mais encore en lavement. Leur emploi commande une certaine réserve ; ils produisent parfois des coliques assez vives et ils exagèrent les proportions de la diarrhée que l'on veut obtenir ; il importe donc, plus que pour tout autre sel purgatif, d'en ménager la dose et de la fractionner ; la dose purgative ordinaire, de 30 à 45 grammes, serait excessive dans la plupart des cas, et il est bon de s'arrêter à 15 ou 20 grammes. De plus, au lieu de dissoudre ces sels dans une petite quantité d'eau pour en constituer une potion, il vaut mieux les étendre de 500 grammes de liquide au moins, que l'on édulcore et que l'on aromatise au goût du malade. Quant à l'administration de ces sels en lavement, je n'en suis point partisan, et je n'y ai jamais recours.

Je leur préfère le *phosphate de soude*, le *tartrate de soude*, le *tartrate de soude et de potasse* ou sel de Seignette, médicaments dont

l'action est beaucoup plus douce, et dont les propriétés purgatives sont tout aussi efficaces. Ceux-ci peuvent être donnés à doses plus rapprochées et dans un moindre véhicule, à l'instar d'un purgatif ordinaire ; cependant je préfère encore les étendre davantage et filer les doses de leurs dissolutions. Mon collègue, M. Barrallier, se loue beaucoup, dans les dysentéries légères, de l'emploi du sel de Seignette, à la dose journalière de 15 grammes dans une potion, et a signalé les bons effets qu'il en a retirés dans l'épidémie dysentérique de 1859 à Toulon (Union médicale, 13 juin 1861).

L'*huile de ricin* est aussi inoffensive que la manne, plus franchement évacuante, et c'est le purgatif que j'emploie le plus volontiers dans la dysentérie. On sait qu'une petite dose d'huile de ricin purge tout aussi bien qu'une forte dose qui, par cela même, est complètement inutile. J'en prescris donc 10 à 12 grammes dans un bouillon ou dans une émulsion d'amandes ; avec ce dernier véhicule, on forme une potion qui masque assez bien la saveur répugnante de l'huile de ricin, et que l'on fait boire en un seul coup. Le seul inconvénient de ce médicament, incapable de nuire, c'est qu'il peut être insuffisant. On passe alors à l'emploi d'un sel neutre ou de l'un des autres purgatifs dont nous allons parler.

Tous les purgatifs dont il vient d'être question peuvent être employés dès le début de la dysentérie, ou tout au moins aussitôt après l'ipéca. Ceux dont nous allons nous occuper ne sont, en quelque sorte, que des agents de seconde main ; il n'y a lieu de les appliquer que lorsque les premiers moyens thérapeutiques sont restés inefficaces ou insuffisants.

La *rhubarbe* est l'un des purgatifs qui ont été le plus préconisés dans le traitement de la dysentérie ; Degner et Pringle lui accordaient une confiance toute particulière. Pringle, après un vomitif initial, qu'il composait de 1 à 2 grains de tartre stibié avec un scrupule de poudre d'ipéca, instituait la purgation et la basait sur l'emploi de la rhubarbe, dont il donnait chaque jour 2 à 4 grammes, à doses fractionnées. Mais Zimmermann n'usait de ce médicament que plus tard, après la crème de tartre, le tamarin, le sel de Sedlitz, et il avait parfaitement remarqué qu'il tend à augmenter les coliques. La rhubarbe ne doit donc être employée qu'après les purgatifs précités, lorsqu'ils n'ont pas complétement réussi à modifier les évacuations, aux doses indiquées par Pringle ; on la donne par pincées, enveloppée de pain azyme, ou délayée, soit avec du miel simple, soit avec du miel de mercuriale en consistance d'électuaire, ou enfin en pilules ; mais les deux premiers modes d'administration sont

préférables. Degner donnait la préférence à une *teinture aqueuse* qu'il donnait à doses filées; on peut, en imitation de cette méthode, traiter la poudre ou la racine incisée de rhubarbe par l'eau chaude comme l'on fait pour la préparation de l'ipéca à la brésilienne, et faire boire à petits coups le produit de l'infusion filtrée ou décantée. Ce mode d'administration a ses avantages, et je le recommande comme réalisant un effet thérapeutique plus doux et peut-être plus efficace que tout autre.

III. *Calomel.* — Le *calomel*, très-vanté dans le traitement de la dysentérie par les médecins qui exercent dans les régions équatoriales, et surtout par les médecins anglais, est loin de répondre, à mon avis, à des indications communes et générales. Je l'ai beaucoup employé autrefois, et, frappé de ses inconvénients ou de son insuffisance, je suis arrivé à en restreindre de plus en plus l'emploi.

On admet qu'il agit de deux manières : ou en mercurialisant les sujets et en combattant par ses propriétés altérantes l'état morbide fondamental, antiphlogistique ou toxique, ou bien en déterminant énergiquement les supersécrétions des glandes annexées aux intestins, et en opérant en même temps sur ceux-ci un effet, soit substitutif, soit révulsif. Je suis loin de méconnaître les services que peut rendre le mercure dans les maladies à fond d'intoxication ou de virulence; et cependant je dois dire que jamais le mercure ne m'a paru avoir une influence spéciale sur les conditions toxicohémiques de la dysentérie. Ici donc son action altérante est sans profit. Son action purgative a-t-elle plus de valeur? Il y a lieu de l'invoquer dans quelques cas, mais non dans leur généralité.

De toutes les propriétés pharmaco-dynamiques du calomel, la plus incontestable est de stimuler vivement la sécrétion de la glande hépatique, et accessoirement celle des glandules incrustées dans les membranes intestinales. Mais, en même temps que cette action dynamique se produit, ne s'en produit-il pas une autre, topique et irritante, à son contact avec la muqueuse digestive qu'il doit parcourir sur une longue étendue en vertu de son insolubilité? Je le crois, et je le crains. L'auteur d'un récent traité sur les maladies de l'Inde anglaise, Morehead, croit aussi que le calomel détermine une forte révulsion sur le tube digestif, et il compare l'état de celui-ci sur des chiens soumis à l'usage du calomel à ce qu'il est dans la dysentérie aiguë. Cette comparaison est vraisemblablement exagérée; mais du moins tout porte à penser que l'action topique du calomel sur la muqueuse intestinale est irritante. On sait que, d'après une théorie très-ingénieuse de M. Mialhe, ce médicament agirait

en se transformant lentement dans tout son parcours, sous l'influence des chlorures alcalins des humeurs digestives, en sublimé corrosif. J'admets parfaitement cette transformation, que j'ai vérifiée dans des expériences qui concordent avec celles de M. Mialhe; je ne l'admets toutefois qu'en partie, car je ne puis m'expliquer ainsi certains détails de l'action pharmaco-dynamique du calomel, sa propriété purgative par exemple, et son influence élective sur la sécrétion biliaire. On n'obtient pas en thérapeutique appliquée les mêmes résultats avec le sublimé corrosif, de quelque façon qu'on l'administre; et, sans trouver aucune explication théorique du phénomène, je sens pourtant avec mon instinct médical que cette propriété de dégorger la muqueuse intestinale et d'extraire avec excès la bile verte de son laboratoire glandulaire est due à autre chose qu'à la réaction chimique qui élève d'un degré la chloruration du calomel. Toujours est-il qu'il se forme du sublimé corrosif en proportion variable selon la dose de calomel ingéré et son mode d'administration, et qu'il s'en forme assez pour donner lieu à une irritation nouvelle de la muqueuse entéro-colique, irritation dont l'utilité est au moins contestable dans bon nombre de cas de dysentérie; elle se révèle par des coliques, souvent fort douloureuses.

Je ne sais si cela est arrivé à d'autres; mais quant à moi, lorsque autrefois j'administrais chez les dysentériques le calomel sans faire la part des circonstances et des indications, au lieu d'améliorer l'état des malades, je l'exaspérais quelquefois et je l'aggravais. De plus, si le calomel a le fâcheux privilége d'exposer à la salivation et à une stomatite spécifique, il ne produit peut-être nulle part plus facilement que dans le cours de la dysentérie ce résultat qui, quoi qu'on en ait dit, n'est qu'un inconvénient et jamais un avantage. Eh bien, ce simple détail semble déceler que le mercure s'adapte moins aux conditions essentielles de la dysentérie qu'à celles de quelques autres maladies. Pourquoi, en définitive, le mercure serait-il l'antidote universel de tous les poisons morbides? Dans la dothinentérie, par exemple, je crois le calomel éminemment utile, et je l'y emploie précisément selon le mode le plus favorable à l'envahissement ultérieur de l'appareil salivaire, c'est-à-dire à doses minimes et fractionnées; or, jamais je ne l'ai vu dans ce cas amener la salivation. N'est-ce pas une raison pour persister dans son emploi chez les individus atteints de dothinentérie lorsque, par ailleurs, les effets thérapeutiques sont satisfaisants? Chez les dysentériques, au contraire, la stomatite mercurielle est presque fatale, et, en outre, les résultats thérapeutiques sont très-variables. Ce n'est pas une raison

cependant pour exclure le calomel du traitement de la dysentérie, mais il faut du moins en préciser les indications, et c'est ce que nous allons tenter.

Ce sont les médecins anglais des Indes-Orientales qui, au commencement du dix-septième siècle, ont créé la vogue du calomel, non-seulement dans la dysentérie, mais dans toutes les maladies endémiques des pays intertropicaux. L'usage de ce médicament s'est bientôt répandu dans les diverses colonies européennes, a passé de là en Europe, et l'Angleterre surtout s'est éprise pour lui d'un véritable engouement.

Parlons d'abord de l'emploi du calomel pur; nous dirons quelques mots ensuite de son association avec d'autres médicaments.

Le calomel s'emploie dans le traitement de la dysentérie de deux manières principales : soit à dose plus ou moins considérable, consommée en une seule prise ou par prises rapprochées, soit à dose minime et divisée, selon la méthode de Law.

Dans le premier cas on prescrit, terme moyen, 1 gramme de calomel, qui s'administre en bloc, mais qu'il est mieux de partager en trois ou quatre prises, lesquelles se prennent par quart d'heure ou demi-heure d'intervalle. Dans une épidémie de dysentérie qui sévissait à Gibraltar en 1812, M. Amiel, médecin de l'armée anglaise, porta la dose de calomel à 2 grammes par jour, en une seule prise, matin et soir, et obtint en peu de jours de remarquables guérisons. Dans les circonstances ordinaires, on pourra abaisser, même la première dose que j'ai indiquée, et 50 à 60 centigrammes suffiront. En ajoutant 3 à 5 centigrammes d'opium au calomel employé, on prévient ou l'on diminue les coliques, peut-être aussi la salivation, sans nuire à l'effet purgatif.

Dans le second cas, on prescrit 5 centigrammes de calomel, que l'on divise en dix paquets, lesquels sont pris d'heure en heure; c'est là ce que l'on connaît en thérapeutique sous le nom de *méthode de Law*; je lui préfère un autre procédé, qui expose moins à la salivation et qui consiste à fractionner 20 à 30 centigrammes de ce médicament en paquets de 25 milligrammes, que l'on administre comme précédemment, d'heure en heure.

Lorsque, après l'ipéca d'abord, et ensuite après les purgatifs doux, sels neutres, manne ou huile de ricin, on ne sera pas parvenu à modifier dans leur quantité, et surtout dans leur nature, les évacuations intestinales, alors, mais alors seulement à mon avis, on pourra songer au calomel. Son indication se trouve particulièrement dans la dysentérie à forme inflammatoire, où les évacuations conservent

avec opiniâtreté le caractère mucoso-sanguinolent. On a le choix de l'une des méthodes qui viennent d'être mentionnées; celles que je préfère sont, ou l'administration du calomel à la dose de 1 gramme, dont se louent beaucoup les médecins des Antilles françaises, ou la méthode de Law modifiée. L'usage du médicament en tout cas, ne doit pas être prolongé au delà de deux, trois ou quatre jours, et, lorsque l'on emploie les grandes doses, une ou deux suffisent d'ordinaire pour amener la modification désirée dans les évacuations. On pourrait aussi recommander une autre méthode qui est habituelle aux médecins anglais, et qui consiste à donner une dose élevée de calomel et à la faire suivre le lendemain d'une dose d'huile de ricin.

Le calomel est donc indiqué lorsqu'il y a lieu de faire un appel énergique à la sécrétion biliaire opiniâtrément suspendue; tel est le cas des selles persistantes composées de mucus et de sang, sans fécalisation apparente, sans trace de bile, avec épreintes et ténesme. Il convient beaucoup moins quand la sérosité prédomine dans les évacuations; il est contre-indiqué quand celles-ci sont franchement bilieuses, dans la forme bilieuse par conséquent.

Ce médicament mérite donc de rester dans la thérapeutique de la dysentérie, réservé pour certaines indications, mais non appliqué sans discernement à tous les cas. La médecine anglaise elle-même tend à revenir de ses exagérations dans l'emploi du calomel, et Morehead, entre autres, vient de protester contre l'abus que, depuis Annesley, ses compatriotes en ont fait dans le traitement de la dysentérie coloniale ([1]).

Dans les mêmes circonstances où nous venons de voir le calomel pur indiqué, on peut faire usage d'un mélange de calomel et de rhubarbe, en y adjoignant un peu d'opium; j'ai souvent retiré de l'avantage de l'association de ces deux purgatifs, d'où je n'ai jamais vu résulter une salivation sérieuse. J'emploie ordinairement les proportions suivantes : calomel, 50 centigrammes; rhubarbe, 2 grammes; opium, 3 à 5 centigrammes; — pour 15 pilules, que je donne à doses rapprochées ou filées, selon les cas.

IV. *Pilules de Segond.* — Il me reste à parler des *pilules de Segond.*

Segond, médecin en chef de la Guyane française, emprunta aux médecins de la colonie anglaise de Déméraru une formule dont il proclama avec ardeur les vertus antidysentériques; les médecins de

([1]) Voir un très-intéressant article publié récemment par M. le professeur Fonssagrives dans le *Bulletin de Thérapeutique*, 15 décembre 1861, *Sur le rôle du calomel dans la médecine anglaise.*

Cayenne, témoins des succès qu'il en obtint, y attachèrent son nom ; voici sa composition :

Ipéca en poudre....................	40 centigrammes.
Calomel à la vapeur................	20 centigrammes.
Extrait aqueux d'opium.............	5 centigrammes.
Sirop de nerprun...................	Q. S.
Pour 6 pilules.	

Cette formule n'était pas immuable, car, suivant les indications, Segond modifiait la proportion relative de ses éléments.

L'importance de ces pilules a été certainement exagérée, et il ne faudrait pas croire qu'elles pussent à elles seules constituer le traitement fondamental de la dysentérie. Elles avaient le mérite de réunir sous la même enveloppe trois médicaments incontestablement utiles dans cette maladie, à une époque où les deux premiers étaient presque tombés en désuétude dans nos colonies. Segond avait en outre réhabilité la méthode brésilienne; il faisait généralement vomir au début avec l'ipéca, et purgeait ensuite avec ses pilules. C'était donc, en définitive, la médication évacuante qu'il réintroduisait dans le traitement de la dysentérie, tandis qu'on ne la traitait guère encore dans nos colonies que par les émissions sanguines, les émollients et les opiacés. Son initiative servit d'exemple, et il a grandement contribué à la réforme du traitement de nos dysentéries coloniales.

Segond lui-même ne croyait pas sa formule applicable à tous les cas. Lorsque la maladie avait résisté aux antiphlogistiques, puis à l'ipéca et au calomel isolés, alors seulement il en venait à ses pilules. C'est donc plutôt dans la seconde que dans la première période de la dysentérie que l'on pourra y recourir. On donne d'abord la dose entière, et l'on diminue graduellement à mesure que l'on obtient la modification des évacuations alvines. J'emploie rarement aujourd'hui les pilules de Segond dans la dysentérie aiguë. Mais je m'en suis souvent bien trouvé dans la dysentérie chronique ; je les prescris de temps en temps dans le cours de celle-ci, soit pour modifier la diarrhée, soit pour combattre les déjections spécifiques lorsque je les vois reparaître. Il peut arriver alors qu'après avoir purgé en commençant, ces pilules diminuent et suspendent les sécrétions morbides de l'intestin, surtout si vers la fin on force la dose d'opium qui entre dans leur composition.

C'est donc, en résumé, une formule utile et qui mérite d'être conservée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations nouvelles sur le traitement du strabisme.

Par M. le docteur GIRAUD-TEULON.

La question du strabisme, endormie sinon morte depuis une quinzaine d'années dans notre pays, après avoir jeté un éclat suivi de cruelles déceptions, a fait, pendant ce même temps, dans des pays voisins du nôtre, un ensemble de progrès que, sans abdiquer, le corps médical français ne peut désormais ignorer ou dédaigner.

Un résumé critique de cette question importante et qui expose le tableau de ces progrès et les bases nouvelles de toute étude sérieuse de cette affection ou plutôt de ce symptôme, vient d'être entrepris par notre savant collaborateur, M. Giraud-Teulon (1). Nous détachons de ce travail l'extrait suivant du chapitre qui ressortit plus particulièrement à l'objet de ce recueil, la thérapeutique.

I. *Thérapeutique du strabisme.* — Se fondant sur une analyse des mouvements associés des deux yeux dans le strabisme concomitant, mécanique ou permanent, l'auteur commence par établir, d'après M. de Graëfe, que cette discordance des actes de la vision n'est, en définitive, que la manifestation symptomatique d'une disproportion native ou consécutive entre les longueurs musculaires. A cette condition mécanique anormale, il ne peut être apporté d'autre remède que la restitution des proportions harmoniques entre ces longueurs, soit par la ténotomie, soit par des exercices méthodiques, dans quelques cas particuliers applicables.

D'une manière générale, se basant sur une longue expérience, on peut dire cependant que cette dernière méthode n'est que très-exceptionnellement avantageuse, toujours très-limitée dans ses effets, et que, dans la plupart des cas, la seule ressource réelle est dans la ténotomie.

De l'étude attentive du processus, suivi par la nature pour la réparation anatomique et fonctionnelle après la strabotomie, il résulte que la formule chirurgicale de cette opération est la suivante :

« Remédier à la brièveté relative d'un muscle, en reportant plus ou moins en arrière son extrémité tendineuse antérieure. »

II. *Des conditions que doit remplir la strabotomie.* — Nous empruntons à M. de Graëfe le résumé qui suit des conditions qui doi-

(1) *Leçons sur le strabisme et la diplopie, pathogénie et thérapeutique*, par M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'Ecole polytechnique, etc. — J.-B. Baillière et fils, 1863.

vent présider à l'opération de la strabotomie. « Ce principe posé, le mode qu'il convient de suivre pour la strabotomie est naturellement indiqué. Laisser en avant un tronçon tendineux ne peut avoir d'autre résultat que de raccourcir inutilement le muscle, dont nous avons déjà la trop grande brièveté à craindre. Il faut donc instamment recommander de couper le muscle très-près de la sclérotique; il ne saurait plus être question, de nos jours, de pratiquer la section très en arrière. Il est établi que les muscles percent obliquement la capsule de Ténon, à quelques lignes en arrière de leur insertion, et que de la conservation des brides celluleuses qui résultent de cette disposition dépend le *retrait modéré* des muscles, qui, sans cela, perdraient toute action sur le bulbe. Mais il faut déjà craindre un insuccès quand on pratique la ténotomie en avant de ces brides, mais trop loin de l'insertion scléroticale. Il existe une lame de tissu cellulaire qui double la gaîne des muscles, et qui en revêt la face scléroticale depuis l'endroit où ils percent la membrane de Ténon jusque tout près de leur insertion antérieure [1]. Lorsque la section du tendon n'est pas faite assez en avant, le tendon se retire sous l'influence de la lame celluleuse qui épaissit la gaîne du muscle, ce qui doit, dans beaucoup de cas, empêcher la formation d'une nouvelle insertion. Il est vrai qu'il n'en résultera pas la perte complète du mouvement, si les brides latérales du muscle ont été respectées ; il faudrait que la membrane de Ténon elle-même eût été largement incisée latéralement (c'est-à-dire parallèlement à la longueur du muscle et des deux côtés de celui-ci), pour qu'elle ne suppléât pas en partie au retrait du muscle. On peut se convaincre, en effet, immédiatement après la strabotomie, que lorsque le muscle est séparé de la sclérotique, l'influence directe de la capsule de Ténon suffit pour rendre possible la plus grande partie des mouvements. Cette action cesse aussitôt que la capsule est divisée à côté du muscle. Elle est alors tellement mobile sur la sclérotique, que l'impulsion musculaire ne se communique au bulbe que très-imparfaitement, ou même pas du tout. »

Ces conseils se résumeront dans la formule suivante :

« La strabotomie doit donc consister en un déplacement du *tendon* en arrière, en conservant au muscle toute sa longueur, c'est-à-dire en le coupant le plus près possible de son insertion antérieure. »

III. *Dosage empirique de la ténotomie.* — La question pratique qu'il y a lieu de poser maintenant est donc la suivante : Par quel

---

[1] *Archiv für Ophthalmologie.*

procédé obtiendra-t-on un redressement d'une étendue donnée et aura-t-on une insuffisance musculaire minima ?

Une observation prolongée a permis à M. de Graëfe de l'établir comme il suit :

1° La section *simple* du tendon, ras son insertion, comme dans l'opération de Critchett, donne un effet moyen de 1 ligne 1/2 à 2 lignes ;

2° Veut-on procurer un effet de 2 lignes à 2 1/2, il faut ouvrir plus largement le *tissu cellulaire*, découvrir complétement le tendon du muscle et prendre un crochet plus gros ;

3° Veut-on augmenter l'effet, il faut inciser la conjonctive *transversalement* et faire regarder du côté opposé quelques heures après l'opération.

(Dans le strabisme divergent, ce moyen est de rigueur, parce que les effets sont moins prononcés. L'abducteur s'insère plus en arrière à la sclérotique que les autres muscles; lorsqu'on le déplace, il perd relativement moins de sa puissance.)

Chez les enfants, les muscles coupés se déplacent ordinairement d'une quantité plus grande que chez les adultes. Le simple recul de l'insertion musculaire équivaut de 2 lignes 1/2 à 3'''.

3° De 4 à 6''', il faut opérer successivement le malade à plusieurs reprises; on sectionne la deuxième fois l'insertion de nouvelle formation et les brides celluleuses, quelques semaines ou quelques mois après la première opération.

L'effet est difficile à calculer; il est généralement beaucoup plus grand qu'on ne pourrait le supposer *à priori*.

Cette seconde méthode est très-délicate à mettre en pratique.

4° On peut obtenir un déplacement de plus de 3 lignes par une seule opération, en incisant largement la capsule au-dessous et au-dessus du muscle, et coupant à coups de ciseaux les adhérences parallèlement au muscle.

Mais, dans ce cas-ci, le vrai moyen réside dans une deuxième opération pratiquée à l'œil sain.

5° Au delà de 3 lignes, il faut agir sur l'œil sain, en même temps que sur l'œil strabique.

Au-dessous de 3 lignes, ce peut encore être une règle à suivre, si les mouvements des deux yeux sont symétriques, et si le strabisme est alternant.

Le meilleur redressement à obtenir dans les cas pour lesquels on ne peut pas rétablir la vision binoculaire, est celui qui donne *une convergence d'une ligne* pour la position moyenne à huit pouces ; c'est là l'effet cosmétique le plus parfait.

L'enfoncement de la caroncule suit toujours un déplacement très-étendu du muscle droit interne. On se trompe quand on croit que ce phénomène ne dépend que de l'entre-bâillement de la plaie conjonctivale et du recul du lambeau interne de la conjonctive, et qu'il suffit d'une suture de la plaie conjonctivale pour le prévenir. M. de Graëfe l'attribue à l'action du tissu cicatriciel établi entre la conjonctive et le muscle, action d'autant plus prononcée dans ses effets que le déplacement a été plus considérable.

A moins de déviations de 5 à 6 lignes, il ne faut jamais recourir à un deuxième déplacement sur un œil ; il faut opérer l'œil sain.

Il faut encore opérer l'œil sain, toutes les fois que la déviation secondaire (qui s'observe encore quelque temps après l'opération) n'a pas fini par disparaître d'elle-même au bout de quelques mois.

Il ne faut pas opérer les deux yeux à la fois, afin de bien juger du premier résultat.

Cette règle n'est pourtant pas de rigueur pour les déviations de 5 à 6 lignes, pour lesquelles il n'est guère à craindre d'avoir un effet trop prononcé.

IV. *Type de la méthode opératoire ; application au minimum du déplacement. — Procédé de Critchett.* — Quant au manuel opératoire à suivre, les considérations dans lesquelles nous sommes entré à propos du dosage de la ténotomie nous dispenseront de bien longs développements.

Si nous n'avons qu'un degré extrêmement faible d'insuffisance à combattre, une simple petite plaie de la conjonctive au-dessus de l'insertion du muscle a quelquefois suffi.

Cependant, il serait imprudent de trop compter sur ce faible moyen, et pour peu qu'on ait besoin d'un déplacement d'une ligne, on emploiera le procédé de Critchett, qui sera encore le plus sage jusqu'à 1 ligne 1/2 ou 2.

La grosseur du crochet introduit sous le tendon fera la différence des deux résultats.

Le procédé de Critchett est décrit partout : nous reproduirons ici la rapide description que nous en avons donnée [1].

« Méthode de Critchett :

« Après avoir fixé l'œil au moyen de l'ophthalmostat à ressorts de Snowden, le chirurgien saisit légèrement avec une pince la conjonctive toute seule, *sous* le rebord inférieur de l'extrémité tendi-

---

[1] *Compte rendu de notre excursion ophthalmologique de* 1862. (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, nº 46.)

neuse antérieure, à peine à 3 ou 4 millimètres de la cornée. Un très-léger coup de ciseaux entame la partie saisie et y fait une ouverture de 2 à 3 millimètres (pas davantage). Sans abandonner la conjonctive saisie par la pince, et à travers cette petite ouverture, les extrémités des ciseaux, qui portent toutes les deux un petit bouton, comme la branche mousse des ciseaux de Maunoir, entament de la même manière la fibreuse. Un crochet est alors introduit dans ce petit trou et va glisser sous le tendon. Les lames des ciseaux très-fins (boutonnées) sont introduites alors par la même ouverture; on les fait glisser sur le crochet qui sert de guide, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du tendon, et on en pratique la section à petits coups au-dessous de la conjonctive. Il faut avoir soin de couper un peu au-dessus et en-dessous du tendon, s'il y a des parties rétractées dans le tissu cellulaire. »

M. de Graëfe suit cette même méthode, avec cette exception qu'il ouvre plus largement la conjonctive et la fibreuse, et opère à ciel ouvert.

Dans les cas où un déplacement plus grand devra être procuré, on suivra scrupuleusement les règles établies par M. de Graëfe sur une longue expérience. Nous renvoyons au paragraphe III.

Lorsque l'on aura le temps de préparer son malade, et que l'acuité et la portée de la vue permettront d'espérer le retour de la vision binoculaire, il sera sage de lui prescrire pendant quelques semaines, et préalablement à l'opération, l'exercice isolé de l'œil strabique. Ce que la fonction a perdu par le seul défaut d'exercice, elle pourra le recouvrer en partie par cette préparation, et l'on aura alors pour la période d'équilibration des données précieuses et qu'on devra employer à son profit, si l'on ne veut pas qu'elles tournent en sens contraire.

V. *Le caractère essentiel auquel on doit s'attacher est moins la diminution immédiate de la déviation, que celle de la mobilité du côté du muscle opéré.* — Le caractère essentiel auquel doit s'attacher l'opérateur, suivant M. de Graëfe, est moins la diminution immédiate *de la déviation* que celle de la *mobilité* du côté du muscle coupé.

C'est sur ce caractère que doit plutôt porter l'attention, car il est constant, à moins d'existence de brides fibreuses ou de secondes attaches postérieures du muscle au bulbe. Il faut donc comparer immédiatement cette mobilité, soit avec celle de l'œil sain, soit avec le résultat de la mensuration qu'on a dû avoir soin de pratiquer sur l'œil à opérer, avant de commencer l'opération.

Après toute opération par laquelle on cherche à obtenir uneffet moyen, la diminution de la mobilité doit être environ de 2 lignes 1/2, sur l'état antérieur, et de 1 ligne 1/2 eu égard à l'œil sain.

Lorsque cet effet n'est pas obtenu, c'est un signe que quelques fibres n'ont pas été divisées ; il n'y a pas à hésiter à réintroduire le crochet et exciser ces fibres.

L'étude de la mobilité est surtout importante dans le cas de strabisme divergent.

« Lors de la ténotomie pour le strabisme divergent, le mouvement associé n'a pas le pouvoir qu'on lui voit développer dans le convergent ; l'œil a une tendance bien plus forte à garder son ancienne position : si nous n'avions pas la diminution de la mobilité en dehors, comme moyen de contrôle, le redressement incomplet qui suit immédiatement la section du droit externe pourrait induire en erreur, et faire croire que la section du tendon a été incomplète. Le changement de position ne se fait que dans les vingt-quatre heures, lorsque le patient porte ses regards du côté opposé.

« La chloroformisation gêne beaucoup quand il faut apprécier l'effet immédiat de l'opération. Aussi longtemps que l'anesthésie existe, elle diminue le degré de convergence qui pourrait rester et augmente même la divergence ; il faut donc attendre un parfait réveil pour juger du résultat.

« Quand la mobilité a diminué de plus qu'il ne faut, c'est que la capsule de Ténon a été trop largement incisée, ou qu'elle a été détachée, dans une trop grande étendue, de la sclérotique. On doit alors restreindre l'effet par une suture, même quand la position médiane paraît tout à fait satisfaisante. »

Une bonne guérison n'est possible qu'à la condition d'éviter les insuffisances musculaires. (De Graëfe).

VI. *Etude de la reconstitution de la fonction pendant la période de réparation.* — Il ne suffit pas d'avoir sectionné le muscle, relativement trop court ; quelque fidélité qu'on ait apportée à suivre les règles que nous venons de reproduire, règles si minutieusement élaborées par le savant professseur de Berlin, la tâche du chirurgien est loin d'être terminée.

Il s'agit, en effet, d'étudier la marche de la réparation, non plus au point de vue de la physiologie anatomique, du processus de reconstitution, de réunion du muscle au bulbe, mais sous le rapport des *effets fonctionnels*.

Il y a bien un effet immédiat produit, et cet effet, nous supposerons qu'il est tel que nous avions l'intention de le produire, tant

sous le rapport de la correction de la déviation primitive, que sous celui du déplacement éprouvé par le milieu de l'arc de la mobilité. Mais cet effet sera-t-il permanent, durable ou simplement passager?

Les recueils d'observation sont pleins de ces cas où l'axe de l'œil strabique étant redressé immédiatement après l'opération ou plus ou moins longtemps après elle, se voit ultérieurement de nouveau dévié dans un sens ou dans l'autre. Il y a donc bien lieu à poser, pour le pronostic, quelques questions nouvelles, propres au moins à servir d'indications.

Un excellent observateur, Böhm, avait déjà distingué trois périodes fréquemment observables dans la guérison : *une première*, pendant laquelle un œil, opéré de strabisme convergent, se porte légèrement en dehors ; *une seconde*, où se produit un mouvement en sens inverse, à cause du travail de cicatrisation ; enfin *une troisième*, pendant laquelle l'œil se reporte peu à peu en dehors.

Mais cette marche; exactement observée dans les cas qui doivent être suivis d'un effet favorable, se voit bien souvent contrariée, et par des influences qu'il s'agit d'éclaircir. M. de Graëfe répond donc parfaitement aux termes mêmes de la question, en la réduisant aux deux phases suivantes :

1° Effet immédiat ou première période ;

2° Seconde période ou période d'équilibration.

Nous allons nous occuper des lois qui peuvent régir cette seconde phase de l'opération, en partant de cette supposition que le déplacement a été fait avec toutes les précautions requises, et d'après les règles tracées ci-dessus. Il est clair que plus le déplacement a été exécuté en conformité avec les indications premières, moins, toutes choses égales d'ailleurs, l'effet consécutif différera de l'effet immédiat.

VII. *Période d'équilibration. — Cas de la vision monoculaire.* — Le danger que l'on peut courir à la suite d'une implantation nouvelle, incorrecte du tendon sur la sclérotique présente deux aspects contraires. Il consistera à voir se reproduire un strabisme nouveau dans le sens ancien, ou, au contraire, dans le sens opposé ; on se trouvera donc, après la cicatrisation confirmée, avoir laissé subsister un certain degré de raccourcissement, du côté du muscle coupé, ou bien, au contraire, on aura créé, de ce même côté, une insuffisance d'action.

L'état final sera donc vicieux ; mais, pour apprécier le degré et le sens du mauvais effet maintenu ou bien créé à nouveau, il faut introduire ici une distinction importante.

Cette distinction sera la suivante :

La vision après l'opération s'exerce binoculairement, c'est-à-dire l'œil opéré est assez bon ou a gagné assez pour percevoir les impressions de façon suffisamment nette, ou elle est, au contraire, après comme auparavant, monoculaire, ou s'exerçant seulement par l'œil sain.

Les deux circonstances sont, en effet, absolument différentes.

Dans le second cas, on n'a à s'occuper que de l'effet apparent, objectif, de l'effet cosmétique. Pour la vision indifférente, ou au loin, les deux axes optiques s'associent comme avant l'opération, mais sous une convergence complétement harmonique, si le résultat a été satisfaisant, ou seulement avec moins de discordance angulaire que précédemment, s'il a été incomplet. L'effet est là tout anatomique, et nulle circonstance supérieure au rapport des longueurs musculaires n'intervient pour le contre-carrer ou le détruire.

Mais, lors de la vision rapprochée, cette harmonie apparente peut, au contraire, être détruite, et les axes optiques manifester un certain degré de divergence.

On en comprendra aisément la raison : dans la vision binoculaire normale, la convergence est mutuelle, la synergie de l'accommodation suit celle des axes optiques, et cette loi de synergie se manifeste encore, même quand on dérobe à l'un des yeux l'objet présenté à l'attention du sujet. Dans ce cas, l'accommodation qui s'accomplit dans l'œil qui voit retentit dans celui qui ne voit pas, et entraîne secondairement la convergence. Mais M. de Graëfe a fait voir que dans le strabisme concomitant, l'accommodation de l'œil sain n'exerce plus d'influence sympathique sur celle de l'autre œil. Comment celle-ci réagirait-elle sur la convergence ?

Or, si l'œil strabique opéré n'y voit pas assez nettement pour éprouver la sollicitation objective binoculaire, il est clair que le simple déplacement du muscle par l'opération n'est pas de nature à rendre à l'accommodation de cet œil un pouvoir qu'elle n'avait plus depuis longtemps, celui de répondre aux mouvements produits dans l'œil sain.

Après l'opération, si les yeux ont été mis en accord pour le regard indifférent, et que la vision binoculaire ne s'exerce pas, cet accord sera donc troublé pour la vision rapprochée ; la convergence de l'œil sain n'entraînera pas sympathiquement la convergence de l'œil opéré, et pour la vision de près, les yeux sembleront alors affectés de strabisme divergent.

Voilà pourquoi M. de Graëfe a donné ce conseil très-pratique de

choisir la jonction moyenne des axes, d'établir l'harmonie musculaire sur une convergence mutuelle de six à huit pouces de distance. Comme il faut, en de tels cas, avoir une discordance dans la vue au loin, ou dans la vue de près, et que le défaut d'harmonie par divergence relative est infiniment plus désagréable qu'une légère convergence apparente, c'est cette dernière qu'il faut préférer, et c'est pour la déterminer que M. de Graëfe a établi à six pouces sa position moyenne.

Tels sont donc, en résumé, les conseils à suivre et l'effet à attendre, lorsqu'on ne peut plus compter sur le rétablissement de la vision binoculaire ; établir le rapport des axes sur une position moyenne de six pouces, et s'attendre à une légère convergence apparente, lors de la vision à distance, c'est ce qu'on appelle l'effet exclusivement cosmétique.

VIII. *Période d'équilibration. — Cas où la vision binoculaire est possible.* — La possibilité du rétablissement de la vision binoculaire change tout à fait les termes de cette question. Un élément nouveau vient joindre ici son influence, et cette influence est immense. Nous voulons parler de la loi de fusion des images doubles.

On sait la puissance de la loi de la binocularité, on connaît l'horreur que nous inspirent les images doubles, et, dans notre discussion du mécanisme du strabisme périodique nous avons suffisamment insisté sur les procédés que la nature mettait en action, soit pour obtenir la fusion de ces images en les faisant tomber sur les axes polaires, soit dans son impuissance à produire cet effet, pour les faire disparaître du champ de la vision, en concentrant l'attention sur la plus nette des deux (voyez § 26).

Eh bien, l'introduction dans la question de cette force de l'unité dans la vision binoculaire, si bien appréciée par Wheatstone, vient entièrement changer les éléments de cette réparation fonctionnelle du muscle déplacé.

Au premier moment qui suit l'opération, et pendant quelque temps encore après, le malade accuse de la diplopie, quand on lui présente un objet dans une telle direction, ou à une distance telle que, pour pointer binoculairement sur lui, l'œil opéré doive se mouvoir dans le sens du muscle coupé. Ce muscle est, en effet, au maximum de la paralysie, il est séparé du bulbe.

Mais bientôt il se greffe, et devient dès lors habile à suivre les mouvements binoculaires; graduellement habile, d'abord pour les premiers degrés du mouvement, ultérieurement pour des degrés plus prononcés. Le champ de la diplopie diminue de jour en jour et

doit tendre à s'effacer. Si donc au bout d'un certain temps il n'y a plus diplopie et que le sujet y voie effectivement bien des deux yeux, pendant un temps soutenu, et dans toute l'étendue du champ de l'accommodation, on peut considérer le résultat comme fixe et désormais fondé; la vision binoculaire saura maintenir son unité d'impression.

Mais il ne faut pas se dissimuler que ce seront là les cas rares.

M. de Graëfe ne nous a-t-il pas démontré (voir le § 42) que si la strabotomie corrigeait la déviation, c'était au détriment de la mobilité ? Les axes sont rectifiés, mais il y aura à l'une des deux extrémités de l'arc de mouvement (et peut-être à toutes les deux), une insuffisance probable plus ou moins étendue.

L'extrême convergence, ou, au contraire, l'extrême divergence, c'est-à-dire le parallélisme, seront sans doute impossibles à atteindre.

Pour obvier aux conséquences de ce nouvel état, le savant chirurgien de Berlin conseille de fixer à six pouces de distance le point de convergence correct, la position moyenne à donner aux axes optiques, et c'est sur cette base que sont établies les règles qui servent au dosage de la ténotomie.

On lira dans le paragraphe suivant les considérations qui ont guidé le judicieux observateur dans la fixation de ces limites et de cette position moyenne; cette distance de six pouces doit, en effet, être celle qui convient à la moyenne générale des cas que l'on doit rencontrer.

Nous ferons cependant à cet égard une réflexion.

Dans le chapitre que nous avons consacré à la pathogénie du strabisme, nous avons reconnu que l'une des causes les plus ordinaires du strabisme était l'insuffisance musculaire du côté de la convergence, quand le sujet était en même temps myope, et du côté de la divergence quand il était hypermétrope, ou même avait une vue normale.

Des deux insuffisances qu'amène l'opération de la strabotomie n'y en aura-t-il pas une plus dangereuse que l'autre au point de vue de la production d'un nouveau strabisme, d'un strabisme secondaire? Ne devra-t-on pas craindre, si le sujet est très-myope, que la fixation de la limite de six pouces ne soit un peu éloignée pour ses occupations ordinaires, et que les doubles images croisées qu'il voit devant lui n'amènent bientôt un strabisme secondaire divergent ?

Par contre, si l'on est en présence d'un hypermétrope ou d'un presbyte, n'y a-t-il pas également à faire cas de la prévision contraire ? L'insuffisance du droit externe ne peut-elle amener bientôt un strabisme convergent ?

Ou nous nous trompons fort, ou il y a là une cause bien possible de la manifestation d'un strabisme secondaire?

Dans chaque circonstance, quoique l'on ait mis à exécution tous les conseils formulés par le professeur de Berlin, il conviendra néanmoins d'étudier, aux deux limites du champ visuel, la manière de se comporter des doubles images, pour remédier, s'il y a lieu, à une insuffisance qui, trop étendue d'un côté, risquerait d'amener à sa suite un strabisme secondaire.

Ce sera, je crois, le plus sage complément à donner à l'étude de la période d'équilibration, et qui permettra, soit de lui venir en aide par des verres prismatiques appropriés, soit de la rectifier au moyen d'une nouvelle opération.

IX. *Résultats généraux de la strabotomie. — Premier cas (vision unioculaire).* — Les considérations que nous venons de développer montrent que, pour apprécier sainement les résultats de la strabotomie, il faut établir des distinctions importantes entre les cas soumis à l'opération, et conséquemment aussi entre les espérances que l'on peut envisager.

L'objet poursuivi, par exemple, n'est pas le même chez un sujet désormais impropre à la vision binoculaire ou chez celui qui jouit d'une perception binoculaire suffisante. Il ne saurait, non plus, être le même chez deux individus ayant subi, l'un des altérations musculaires profondes, invétérées, étendues, l'autre des lésions de nutrition peu marquées. Sans parler de l'influence que l'opération peut avoir sur l'unité ou la portée de la vision, considérée dans l'œil opéré, il y a donc des différences sérieuses à mettre en évidence aux yeux du malade et des assistants, au moment où l'on se décide à pratiquer la ténotomie.

Nous ne parlerons pas du degré d'influence de l'opération sur l'acte visuel même de l'œil opéré; notre expérience n'est pas encore assez étendue, et nous trouvons, à cet égard, un peu de divergence parmi les auteurs. Pour ce qui nous concerne, nous avons vu l'acuité, ainsi que la portée de la vision, gagner, après la ténotomie dans l'œil opéré, mais non d'une façon aussi merveilleuse qu'on l'a dit; et le résultat ne nous a pas paru beaucoup plus prononcé qu'il ne l'est à la suite de l'exercice isolé plus ou moins prolongé de cet œil, quand on fait précéder l'opération par ce soin préparatoire.

Joignons à ce premier avantage celui signalé par Mackensie ([1]),

---

([1]) *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit sur la 4e édition par Warlomont et Testelin. 1857.

qui attribue à la qualité de la fonction binoculaire les bénéfices qu'accusent les malades après l'opération.

Quoi qu'il en soit, l'usage nouveau de l'œil opéré rappelle en lui une faculté qu'un long sommeil avait engourdie, et il n'est pas à douter que, dans un certain nombre de cas, ce bienfait ne puisse atteindre les proportions d'une reconstitution satisfaisante de la vision. Mais ce nombre de cas est nécessairement restreint, si l'on considère les résultats statistiques recueillis par M. de Graëfe.

Sur *cent* cas de strabisme concomitant, dit l'éminent ophthalmologiste, *quatre-vingt-dix-neuf* se présentent à vous, chez lesquels il n'y a point perception simultanée de l'objet par les deux rétines.

Au moyen de prismes convenablement employés, vous pouvez produire des images doubles simultanées chez vingt-cinq de ces cent sujets.

Et sur ving-cinq autres, vous arriverez au même résultat par la strabotomie.

Ainsi donc, chez la moitié des strabiques, la vision binoculaire est à jamais détruite, et vous ne pourrez aspirer chez eux qu'à créer un état apparent de régularité ; votre plus haute espérance est un effet purement cosmétique. Pour la conduite à tenir à leur égard, nous renvoyons au paragraphe **44**.

En ce qui concerne le rétablissement de la vision binoculaire, n'oublions pas que le déplacement de l'axe de mobilité a plus ou moins diminué l'étendue du mésoroptre binoculaire, que, par conséquent, il est presque impossible d'éviter l'apparition d'images doubles à l'une des extrémités du champ visuel ; images, il est vrai, souvent peu gênantes, eu égard à la grande diminution de l'acuité. Nous avons dit quelles étaient les plus dangereuses ; ajoutons aux considérations que nous avons présentées ces dernières remarques de M. de Graëfe :

« Quand il s'agit d'apprécier l'état des choses, il ne faut pas oublier que dans le repos *complet* des yeux, les axes optiques ne sont pas ordinairement parallèles, mais qu'ils s'entrecroisent à une distance déterminée, en rapport avec l'équilibre de tension des muscles de l'œil; cette distance, très-variable avec les individus, est assez petite chez les myopes, à mésoroptre étroit, pour amener un certain degré de convergence. Les variations physiologiques nous ont déjà habitués à une légère convergence, lorsque les regards sont vagues, et que le degré de convergence dépasse quelque peu les limites physiologiques.

« La divergence, au contraire, imprime toujours à la physiono-

mie quelque chose de hagard, d'inanimé; le regard ne paraît pas naturel, il exprime la distraction et la souffrance. Les images doubles homonymes de la convergence relative ne tardent pas, au contraire, à perdre leur influence nuisible. En somme, en maintenant pour la vision distraite une certaine convergence, les conditions de la vue sont beaucoup plus favorables que dans le cas contraire. La divergence doit donc par-dessus tout être écartée, surtout pour les distances correspondant à un degré actif d'accommodation rapprochée.

« L'expérience nous a, en outre, appris qu'en suivant ces règles, le résultat est plus satisfaisant quant à la puissance visuelle de l'œil strabique.

« J'ai pu constater, ajoute M. de Graëfe, une amélioration immédiate dans plusieurs cas; elle survient peu à peu pour le plus grand nombre, à mesure qu'on exerce les yeux; enfin, en faisant disparaître le défaut d'harmonie qui existait entre les forces musculaires, on rend plus facile pour l'œil exclu les exercices séparés.

« Il arrive très-souvent qu'un œil atteint d'obnubilation de la cornée est exclu de la vision de près par une déviation en dehors. La force visuelle n'est pas proportionnelle au degré d'opacité de la cornée; c'est à l'exclusion de l'œil qu'il faut attribuer, en grande partie, l'affaiblissement de la vue. On fera très-sagement, dans ces cas, en faisant précéder les exercices de l'œil de la ténotomie incomplète du droit externe. Ici, de même que dans le strabisme ordinaire, l'affaiblissement de la vue ne dépend pas seulement de l'exclusion d'un œil, mais encore de l'affection musculaire. »

Ce point de vue avait autrefois été signalé par M. Guérin.

En résumé, si le strabisme n'est que dans des cas très-rares susceptible d'une guérison absolue, complète, ce n'est que le physiologiste qui puisse porter ce jugement sévère : pour les assistants, pour le malade, le résultat est immense. Si, dans les circonstances communes, la vision binoculaire ne peut être qu'incomplétement établie, les déviations apparentes, celles qui heurtent les étrangers, ont disparu en tout ou en partie; la guérison, en un mot, est complète pour le public, et ses incorrections ont été au fond renfermées dans les plus étroites limites. Dans quelle espèce d'opération le chirurgien a-t-il la prétention de *refaire* la nature, de créer à neuf des organes, et surtout des appareils fonctionnels entiers? Même sous la réserve de ces restrictions, les résultats de la ténotomie, pratiquée sur les bases qui servent d'assiette à ce travail, ne sont

rien moins qu'une admirable conquête de la chirurgie guidée aujourd'hui, dans cette question, par la physiologie la plus élevée.

X. *Méthode orthopédique par les lunettes prismatiques, convexes ou concaves.* — S'il est incontestable qu'une disproportion survenue ou congénitale entre les longueurs des muscles est la cause immédiate et prochaine du strabisme proprement dit, et que le déplacement de l'insertion antérieure du muscle, relativement trop court, est l'indication évidente que l'art doive remplir, on est en droit cependant de se demander si cet objet ne peut être atteint par aucune autre voie que la ténotomie. Tous les auteurs ont enregistré des cas où la guérison de la difformité a pu être obtenue par l'emploi de procédés non chirurgicaux, en particulier par les lunettes prismatiques. Voyons ce qu'à cet égard la théorie et l'observation peuvent nous apprendre.

Si nous jetons un coup d'œil dans l'histoire étiologique du strabisme, il est une classe de déviations qui peut, de prime abord, être jugée comme inattaquable par des procédés bénins. Ce sont les déviations confirmées et considérables dans lesquelles l'ancienneté de l'affection a permis au muscle de changer de nature, et de devenir plus ou moins inextensible.

Il faut y joindre encore les cas de strabisme qu'accompagne une amblyopie grave. Où il n'y a qu'un œil, quel service peut-on demander à la loi qui régit la vision binoculaire ? Nous sommes ainsi ramené à concentrer notre attention sur ces cas seulement où la vision binoculaire peut être mise en jeu, et dans lesquels encore la disproportion des longueurs musculaires n'a pas atteint des limites excessives. Tels seront le strabisme concomitant d'un degré moyen et le strabisme périodique. Celui-ci étant, par sa nature instable, apparemment le plus propice à l'application d'une gymnastique rectificatrice, c'est par lui que nous commencerons cette étude.

Qui dit strabisme périodique sous-entend une insuffisance musculaire d'un côté, ou une brièveté relative de l'autre. Etudions donc l'insuffisance du muscle droit interne dans ses rapports avec les procédés de redressement du regard qui reposent sur l'emploi des prismes. Voici un myope qui ne peut y voir clairement qu'en approchant les objets au moins à cinq pouces de ses yeux. Mais ce sujet est en même temps atteint d'insuffisance des droits internes, insuffisance telle qu'il ne peut régulièrement entrecroiser ses axes optiques en deçà de huit pouces. Nous savons ce qui arrive en pareil cas ; si, à la rigueur, ce sujet parvient à amener ses axes optiques à entrecroisement sur l'objet placé à cinq pouces, il est im-

puissant à les maintenir à cette distance pendant un temps de quelque durée ; la fatigue se fait sentir, les muscles tendus se relâchent, les images doubles croisées apparaissent. C'est alors que, pour s'en débarrasser, le sujet fixe son attention sur l'une des images, la plus nette, et élimine la seconde en donnant naissance à un strabisme divergent. Imaginons alors que nous attaquions l'insuffisance au moment où elle se manifeste, c'est-à-dire dès l'apparition des doubles images croisées.

Nous avons dit que l'objet était à cinq pouces, et que les axes optiques pouvaient aisément s'entrecroiser à huit pouces. Si donc nous plaçons devant chaque œil un prisme à sommet externe de 6 à 7 degrés, nous dévierons en dehors chaque image double, exactement de l'angle propre à les placer sur les lignes de convergence à huit pouces. Les deux axes optiques pourront donc bien exactement les fusionner, et toute raison de production d'un strabisme divergent consécutif sera, par cela même, annulée. Les yeux du sujet pourront, dès lors, très-naturellement s'appliquer à des objets distants de cinq pouces, mais qu'ils verront, et sans fatigue, à huit pouces.

On voit naître de là la méthode d'exercice gymnastique par laquelle on peut songer, non plus simplement à soulager l'insuffisance, mais à la combattre. Donnons aux prismes dont nous avons parlé plus haut un degré de moins de chaque côté ; voilà les axes optiques de nouveau en présence d'images doubles croisées. Seulement ces images sont très-rapprochées, et il suffit d'un faible effort pour les voir se fusionner. On conçoit qu'un exercice prolongé puisse parvenir, au bout d'un certain temps, à rendre la convergence de huit pouces moins un degré, aussi facile et aussi habituelle qu'elle pouvait l'être antérieurement à huit pouces. En continuant ainsi, au moyen de longues périodes de temps, et diminuant successivement d'un degré, il n'est point absurde de penser qu'on arrive, dans plus d'un cas, à renforcer assez les droits internes pour guérir le malade de son insuffisance.

Il y a cependant un inconvénient de détail qui peut entraver la mise à exécution de ce procédé. Nous ne voulons pas parler du long déploiement de constance qu'il exige, mais d'un effet particulier dû aux prismes, et qui incommode parfois les sujets jusqu'à leur donner le vertige.

C'est la déformation des surfaces, qui de planes deviennent convexes, par suite d'une aberration dans la réfraction dont le mécanisme se trouve décrit au paragraphe 243 de notre *Traité de la vision binoculaire*.

Il est entendu que l'application d'un pareil moyen doit être réservée aux objets rapprochés à la distance de cinq pouces. Pour tous les objets plus distants, les prismes à sommets externes de 7 degrés auraient pour effet d'appeler en activité, non pas les muscles droits internes, mais leurs antagonistes, et d'aller ainsi contre le but proposé. Pour tous objets situés au delà de huit pouces, la vision naturelle est suffisante. Pour ces distances, il faudra ôter immédiatement ses lunettes.

Il faut, d'ailleurs, dans chaque cas, que le prisme exactement calculé ne dépasse jamais le degré en rapport avec la distance, sous peine de lui voir produire l'effet exactement inverse à celui qu'on attendait.

L'insuffisance des muscles droits externes doit être analysée au même point de vue. Pour abréger ce travail et laisser quelque chose à faire à nos auditeurs, nous proposerons cette application comme problème pratique à résoudre. Une saine interprétation de la discussion qui précède devra conduire à la solution pratique.

Les difficultés que nous avons signalées dans la direction et dans l'exécution de la méthode par exercice gymnastique, justifieront, en une certaine matière, le jugement porté sur elle par M. de Graëfe : « Si rationnelle que soit cette méthode, et quelque efficace qu'elle soit, quand la maladie n'est pas très-avancée, elle exige incontestablement beaucoup de patience de la part du sujet et une attention minutieuse de celle du chirurgien pour amener un résultat satisfaisant. »

Il faut, du reste, que l'effort constant déployé pendant la durée de l'application des verres prismatiques, n'amène pas chez le sujet qui y est soumis les symptômes congestifs d'une véritable asthénopie. Il est clair que, dans ce cas, le remède serait pire que le mal. La fatigue éprouvée par le sujet doit donc être modérée, et diminuer avec les répétitions du même exercice. Sans cela il faudrait renoncer au traitement orthopédique et recourir à la ténotomie.

Si la méthode des lunettes prismatiques est frappée du *vetó* expérimental par les chirurgiens les plus autorisés, quand elle ne s'adresse encore qu'au strabisme périodique, qu'aux conditions génératrices du strabisme plutôt qu'au strabisme lui-même, quel espoir va-t-elle nous laisser si nous la mettons aux prises avec l'affection confirmée? Evidemment il n'y a plus guère à compter sur elle. Cependant ce strabisme confirmé, concomitant, permanent, n'est peut-être pas toujours aussi intraitable qu'il semblerait au premier abord, et la différence n'est pas toujours aussi grande qu'on le croi-

rait entre lui et le strabisme intermittent qui lui a donné naissance. Dans le strabisme concomitant divergent, le seul pour lequel nos efforts aient été couronnés de quelques succès, l'expérience nous a appris qu'un exercice de très-peu de durée, au moyen de verres prismatiques appropriés, ramenait très-rapidement une déviation de plusieurs lignes à une divergence d'une ligne ou d'une ligne et demie au plus.

Ainsi étant donné un strabisme divergent de plus de 45 degrés en dehors du parallélisme, et qui eût semblé correspondre à une rétraction de trois à quatre lignes, plus même peut-être, il n'est pas rare de voir l'œil se redresser graduellement presque jusqu'au parallélisme avec l'autre, sous l'influence de prismes à sommets externes graduellement décroissants en force. On arrive ainsi *aisément* à procurer l'exercice binoculaire sur une déviation des axes que corrige un prisme de 3 à 4 degrés, à sommet externe. Le triomphe semble tout proche; mais c'était là que vous attendait la difficulté, sinon l'impossibilité.

Ces 3 ou 4 degrés deviennent invincibles. Le malade est condamné à l'usage indéfini des lunettes prismatiques de 4 degrés, s'il ne veut redevenir strabique ou recourir à l'opération.

On voit ce que c'est que ces 3 ou 4 derniers degrés ; ce sont ceux qui mesuraient l'insuffisance primitive (à partir du parallélisme) ; les 45 degrés apparents lors de la première inspection du malade, c'était le simple produit de l'automatisme qui avait pour effet de supprimer une des images doubles (voyez le paragraphe 26).

Ainsi, dans ces essais, on doit s'attendre à ce que tout ne se passera pas sur la fin comme au début. Au début tout sera facile, tout sourira ; mais les derniers pas seront plus difficiles sinon impossibles à franchir. C'est que là on rencontrera l'insuffisance, tandis qu'entre ce point et la position première on n'avait eu affaire qu'à une habitude vicieuse.

Un strabisme dans lequel on aura reconnu qu'il n'existe point de ces rétractions musculaires incoercibles, de ces lésions de nutrition qui peuvent avoir rendu le muscle plus ou moins inextensible, et déformé le globe oculaire par l'excès de pression, pourra souvent être attaqué comme une simple insuffisance, degré auquel il sera du reste assez promptement ramené. Arrivé à ce degré, ou n'a plus de ressource que dans l'opération ; mais on l'a à l'avance simplifiée en restreignant la déviation au minimum marqué par ce degré réel de l'insuffisance et en habituant les organes à l'exercice associé.

Nous n'avons pas dit, mais il est entendu que l'emploi des prismes

sera toujours secondé par l'adjonction des verres appropriés, si la vision du sujet est frappée d'anomalie de la réfraction, c'est-à-dire de lunettes convexes si le sujet est hypermétrope, de lunettes concaves s'il est myope.

Ajoutons que le traitement dont nous venons de parler, le traitement orthopédique, ne pourra être poursuivi que si les premiers essais ne déterminent pas l'apparition des symptômes de l'asthénopie. Devant une fatigue se traduisant par de la douleur circum-orbitaire prolongée ou de l'affaiblissement de la vue, de telles épreuves devraient à l'instant être suspendues.

En résumé, en se conformant aux règles et aux indications que nous venons de formuler, le traitement orthopédique ou au moyen de prismes, soit plans, soit flanqués de verres concaves ou convexes, suivant les circonstances, sera applicable aux cas suivants.

Comme essai curatif :

Aux insuffisances musculaires primitives, ou à celles consécutives à l'opération.

Comme moyen propre à régler la période d'équilibration, après la ténotomie, dans le cas où l'on serait fondé à redouter une insuffisance.

Comme moyen palliatif :

Dans l'insuffisance, mais alors en donnant au prisme l'angle exactement propre à corriger cette insuffisance.

Enfin dans le strabisme, comme procédé préparatoire, en ramenant graduellement l'angle de la déviation confirmée, jusqu'aux limites mêmes de l'insuffisance primitive, laissant à l'opération le soin de corriger ces derniers degrés de déviation qui ont été ceux de l'époque initiale, et avant l'intervention de l'acte automatique qui a banni du champ visuel l'image double procurée par cette insuffisance.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules relatives à l'emploi des purgatifs dans le traitement de la dysentérie.

Le *Traité de la dysentérie* de M. Delioux est terminé par un *formulaire* dans lequel sont enregistrés les principaux remèdes utilisés dans cette maladie. Nous en extrayons les formules relatives à l'emploi des purgatifs, afin de compléter les enseignements publiés en tête de cette livraison (page 436).

Potion purgative de Sydenham.

Pr.	Feuilles de séné	2 grammes.
	Racine incisée ou poudre de rhubarbe	6 grammes.

Faites infuser dans :

	Eau	250 grammes.

Passez avec expression à travers un linge, ajoutez :

	Tamarin	15 grammes.
	Manne	30 grammes.
	Sirop de roses	30 grammes.

Tisane purgative de Zimmermann.

Pr.	Rhubarbe	4 grammes.
	Crème de tartre	30 grammes.
	Orge	30 grammes.

Faites bouillir dans :

	Eau	1000 grammes.

Edulcorez au sucre.

Zimmermann prescrivait cinq livres d'eau, à réduire à quatre par la décoction, et il employait 60 grammes d'orge. M. Delioux conseille de diminuer de moitié, pour n'abuser ni de l'eau, ni des féculents dans la dysentérie.

Les formules suivantes appartiennent à M. Delioux.

Potion au tartrate de soude.

Pr.	Tartrate de soude	15 à 20 grammes.
	Alcoolé de zestes de citron	10 grammes.
	Sirop de sucre	30 grammes.
	Eau	200 grammes.

Potion à l'huile de ricin.

Pr.	Huile de ricin	12 grammes.
	Emulsion d'amandes	100 grammes.
	Sirop de gomme	20 grammes.
	Hydrolat d'oranger	15 grammes.

Tisanes salines purgatives.

Pr.	Sulfate de soude	15 grammes.

Ou :

	Phosphate de soude	20 grammes.

Ou :

	Tartrate de soude	20 grammes.

Ou :

	Acétate de soude	30 grammes.
	Eau sucrée ou miellée	500 à 1,000 grammes.

Ces tisanes salines se donnent par verre ou demi-verre, d'heure en heure dans la journée. — Les potions purgatives s'administrent en une seule fois, ou à doses rapprochées.

Pilules purgatives.

Pr. Calomel	....	0,50 centigrammes.
Poudre de rhubarbe	....	2 grammes.
Extrait d'opium	....	5 centigrammes.

Pour 15 pilules, à prendre à doses rapprochées ou plus ou moins éloignées, selon les cas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du délire consécutif à l'opération de la cataracte, et du badigeonnage du pourtour orbitaire avec la teinture d'iode dans les inflammations de l'œil.

Je viens vous demander l'hospitalité pour quelques considérations relatives à deux faits de clinique ophthalmologique publiés dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique.*

1° Du délire consécutif à l'opération de la cataracte.

Ce délire a été observé assez rarement, il faut le dire, par tous les chirurgiens versés dans la pratique de l'ophthalmologie : il ne s'observe que chez les personnes âgées ; mais, si les chirurgiens sont d'accord sur l'existence de cette affection, il n'en est pas de même sur la manière de l'expliquer.

Je ne saurais admettre la qualification de nostalgique donnée par M. Sichel à ce genre de délire, car on l'observe chez des vieillards opérés à Paris où ils sont nés et qu'ils n'ont jamais quitté. Tout récemment, assisté de notre honorable confrère M. le docteur Hutan, j'ai opéré de la cataracte un vieillard de quatre-vingt-deux ans, qui a toujours habité Paris et qui, à la suite de l'opération, nous priait chaque jour de le laisser retourner à son domicile... Il n'en était pas sorti.

Ce phénomène est-il le résultat d'une disposition particulière à l'hypocondrie, ou de l'occlusion des paupières, ou d'une diète rigoureuse ? La première supposition ne saurait s'expliquer ; l'occlusion des paupières ne saurait davantage être invoquée, car la cécité complète qui précède l'opération chez plusieurs cataractés, équivaut à l'occlusion palpébrale.

Pour moi, il n'y a pas de doute ; le délire qui suit les opérations de cataracte est une des formes *du délirium à stomacho læso.* Je l'ai observé quelquefois dans les premières années de ma pratique, il est devenu une exception depuis que je nourris mes opérés, c'est-à-dire depuis quinze ans.

Chez le malade dont je viens de parler, le délire est survenu, il est vrai, malgré l'alimentation, mais l'estomac était privé de son *régime* habituel, qui consistait, — nous l'ignorions, — en une grande quantité de petits verres de cassis ; nous conseillâmes alors l'usage quotidien de deux verres à bordeaux de vin de quinquina au malaga, et le délire ne tarda pas à disparaître.

2° Du badigeonnage du pourtour orbitaire avec la teinture d'iode, dans les inflammations de l'œil.

Je désire, dans un intérêt tout pratique, appeler l'attention de nos confrères sur ce mode d'application de la teinture d'iode.

Voilà plus de douze ans que je conseille et que j'emploie la teinture d'iode pure, appliquée tous les deux jours sur la peau des paupières, sur le front et sur les tempes à l'aide d'un pinceau, pour combattre les ophthalmies scrofuleuses.

La teinture d'iode, ainsi employée, non-seulement remplace avantageusemant le vésicatoire, qu'il serait difficile et parfois dangereux d'appliquer sur les paupières des enfants, mais encore, comme elle amène souvent et promptement la cessation de la photophobie, elle donne au chirurgien le précieux avantage de permettre d'examiner le globe de l'œil que le spasme de l'orbiculaire rendait inaccessible aux investigations.

La teinture d'iode nous rend encore d'autres services, et des plus importants, dans la diphthérie de la conjonctive, affection que j'ai décrite, l'un des premiers, il y a quelques années et que les traités de maladies des yeux n'avaient pas mentionnée.

Cette affection, bien que localisée et bornée à la conjonctive, est toujours liée néanmoins à une infection générale, et le vésicatoire, en pareil cas, ne tarde pas à se couvrir de couennes tenaces. La teinture d'iode le remplace merveilleusement, et je suis heureux de pouvoir vous dire que cette pratique est aussi celle de notre savant confrère M. Blache, qui, tout récemment, m'ayant confié une petite malade atteinte de diphthérie de la conjonctive, insistait avec raison sur la valeur de la teinture d'iode dans les affections de ce genre.

MAGNE, D. M.

Remarques sur les méthodes opératoires pour la création des pupilles artificielles.

La méthode très-facile et très-simple pour faire les pupilles artificielles que conseille l'un de nos habiles confrères, le docteur Wecker (numéro du 30 mars, p. 258), est plus ancienne qu'il ne le pense. Nous l'avons signalée en 1843 dans nos études d'oculis-

tique, et, depuis, nous en avons fait un fréquent usage. Il n'est pas de semaine que nous n'y ayons recours. Nous employons deux procédés qui réussissent également bien.

L'un consiste à pratiquer une incision à environ 1 millimètre 1/2 à 2 millimètres de la cornée au moyen d'un couteau en forme de lancette. L'autre en diffère en ce que l'incision est commencée par ponction au bord de la cornée avec un couteau à lame très-étroite (avec un couteau-canif). La contre-ponction a lieu dans ce cas dans la sclérotique. Dans le premier cas, on pousse l'instrument de dehors en dedans ; dans le second, l'opération agit comme pour l'opération de la cataracte, soit par kératomie inférieure, soit par kératomie supérieure ou latérale, selon les exigences de la maladie, à cela près que l'incision est moins grande, à moins qu'il ne faille en même temps pratiquer l'opération de la cataracte.

Une fois l'incision de la cornée pratiquée, que faire ? Faut-il avoir recours à l'enclavement dans la sclérotique, à l'excision d'une partie de l'iris, au décollement avec ou sans excision, avec ou sans déchirure ?

A. L'enclavement avec ligature a l'inconvénient de provoquer une inflammation générale des parties externes. Il est peut-être plus gênant que douloureux, mais il n'est pas gênant à demi et tourmente beaucoup les malades, il cède le pas à l'enclavement simple.

B. L'enclavement simple suppose un cas exceptionnel, celui où la pupille est mobile et l'iris dans l'état sain. Nous l'avons souvent employé il y a quatorze, quinze et seize ans, et nous lui préférons dans ce cas l'excision. L'enclavement simple a *toujours* l'inconvénient de produire des pupilles très-petites et souvent trop petites.

C. L'excision donne au contraire de magnifiques résultats et laisse habituellement la pupille un peu contractile. Le nombre des excisions dans lesquelles les malades de notre clientèle ont recouvré assez de vue pour lire et pour écrire est considérable.

D. Lorsqu'il y a atrésie pupillaire, il n'y a pas à choisir : il faut absolument recourir à l'excision ou au déchirement de l'iris.

E. Très-souvent l'on peut encore décoller l'iris à son bord ciliaire, puis l'entraîner en dehors après l'avoir entraînée d'abord en dedans et l'exciser ou la déchirer.

F. La déchirure est très-souvent *fatale*, quelle que soit la volonté de l'opérateur, par suite de l'état de maladie de l'iris. Nous avons pour aide l'un des médecins de nos hospices, l'un des professeurs agrégés de notre Ecole, le docteur Calloch, à qui, en pareil cas, nous confions le soin de la ponction de l'iris que nous attirons avec des pinces ; eh bien ! une fois sur deux l'excision devient inutile, notre aide est sans emploi, par suite d'une déchirure

de l'iris qui nous a laissé le lambeau entre les mors de la pince.

Les écoulements de sang, si peu graves lorsque l'iris est saine et la pupille libre, le sont bien davantage quand l'iris a été travaillée par l'inflammation. Quelquefois cette iris, saine en apparence, est molle et pulpeuse, de manière à ne laisser entre les mors de la pince que la partie saisie, rien de plus. Les exsudats blancs et bruns sont l'écueil des pupilles artificielles. L'enclavement est souvent suivi d'un petit exsudat blanc qui réduit la grandeur de la pupille artificielle déjà un peu petite par elle-même. Si, après l'excision, l'iris étant saine, l'on emploie habilement l'atropine et les antiplastiques, ces exsudats ne présentent aucun danger, nul inconvénient. La partie nette de la pupille est toujours assez grande.

Les exsudats blancs ou bruns se montrent à peu près constamment à la suite des pupilles pratiquées sur des iris anciennement malades, que l'on ait ou que l'on n'ait point pratiqué la cataracte.

Dans ces cas, nous faisons notre possible pour ménager une seconde opération qui nous débarrasse d'un nouveau lambeau de l'iris et des exsudats produits par la première opération.

M. P***, employé du gouvernement, est opéré de la cataracte par extraction. Il voit à lire et à écrire. Le vingt-cinquième jour, il reprend son travail, malgré mes prescriptions.

Iritis avec occlusion de la pupille ; exsudats bruns et blancs.

Pupille supérieure six mois plus tard. Le malade lit et écrit.

Deux ans plus tard, abus de travail, nouvelle inflammation, exsudats.

Cinq à six mois après la cessation de l'inflammation, nouvelle opération par kératomie inférieure.

Le malade voit encore un peu à lire et à écrire. Il n'a pas perdu sa place, il a pu atteindre l'âge de la retraite.

Dans ce moment, nous avons à notre clinique trois cas de pupille artificielle opérés par incision scléroticale, dont un dans lequel l'opération de la cataracte a été pratiquée en même temps que celle de la pupille.

Nous avons proposé, en 1840, un enclavement dans le bord de la cornée par excision de ce bord au moyen d'un emporte-pièce ; mais il a l'inconvénient des enclavements dans la sclérotique, il laisse les pupilles trop petites, aussi n'employons-nous l'excision à l'emporte-pièce d'un lambeau de la cornée que pour les staphylômes et pour certaines maladies de la choroïde, dans lesquelles nous aimons à avoir une fistule artificielle dans la cornée.

A. Guépin, D. M., à Nantes.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie interne, par M. Grisolle, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu et du lycée impérial de Napoléon, membre de l'Académie impériale de médecine et du Conseil de surveillance de l'assistance publique, 8e édit., augmentée et refondue en grande partie.

Si grande est pour nous l'autorité de M. le professeur Grisolle, si judicieuse est à nos yeux la critique de ce praticien éminent, de cet observateur sagace, qu'en une foule de questions qui ressortissent de la bibliographie, telle que nous l'avons comprise dans ce journal, nous n'oserions souvent formuler notre jugement aussi nettement que nous le faisons quelquefois, si nous n'avions, au préalable, demandé à cet esprit solide ce qu'il pense lui-même, ce que lui a appris sa curieuse observation sur ces questions. Non que nous croyions que M. Grisolle soit infaillible ; à mesure que nous vieillissons, nous apprenons davantage à souscrire au jugement des hommes sans jamais nous livrer, car les grains du chapelet de nos croyances naïves vont diminuant tous les jours : pourtant comme, en somme, il faut nous efforcer d'éclairer à l'avance les lecteurs de ce journal sur la valeur sinon absolue, au moins relative, de tous les livres qui passent sous nos yeux, notre conscience de critique est plus à l'aise dans ses jugements, quand, dans son humilité, elle s'appuie sur quelque autorité reconnue de tous. C'est ainsi, pour montrer tout de suite par un exemple ce que nous entendons par cette confidence à nos lecteurs, qu'en recevant l'ouvrage dont nous parlons en ce moment, avant de le parcourir pour apprécier en quoi cette nouvelle édition diffère de toutes celles qui l'on précédée, nous avons voulu tout d'abord interroger notre savant et laborieux auteur sur une question fort controversée dans ces derniers temps, savoir celle de l'utilité de la saignée dans la pneumonie. Ainsi que nous l'avions préjugé de l'excellent esprit de l'illustre professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, M. Grisolle maintient l'utilité toujours opportune, sur ce point, de la pratique des siècles. Nous l'avouerons sans détour, quand un observateur aussi attentif que le médecin de l'Hôtel-Dieu, quand l'auteur de la monographie la plus complète qui existe dans la science, sur la phlegmasie du poumon, nous affirme, en présence des faits qui se déroulent tous les jours sous ses yeux, que la méthode dont il s'agit, et dans la mesure qu'il s'efforce de préciser, reste toujours la méthode à la faveur de laquelle on combat le plus heureusement une des maladies

es plus communes du cadre nosologique, ce jugement, conforme d'ailleurs à notre propre observation sur une échelle infiniment plus restreinte, s'impose avec plus d'autorité à notre esprit que l'opinion toujours suspecte de rêve de quelques médecins allemands, ou que celle de quelques médecins anglais toujours suspects d'excentricisme, si on veut bien nous permettre un mot d'un français douteux.

Cette confidence faite, moins encore pour faire ressortir le mérite d'un livre dont les huit éditions successives montrent suffisamment la valeur, que pour justifier en une certaine mesure au moins ma critique qui, tout en s'appliquant toujours à être bienveillante, ne se croit pas engagée par là à oublier le devoir et à abdiquer le droit d'être juste, cette confidence faite, disons-nous, nous allons marquer d'un trait rapide le progrès réel que résume dans sa sévère concision la nouvelle édition de l'ouvrage du savant professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Tout le monde n'a peut-être pas remarqué un léger changement dans le titre de l'ouvrage de M. Grisolle : le titre de *Traité élémentaire de pathologie interne* est changé en celui de *Traité de pathologie interne*. Le premier de ces titres était trop modeste, même dans les éditions qui ont précédé celle-ci, il ne saurait en aucune façon être justifié. Ne faisons pas de la modestie une vertu idiote dans laquelle l'homme cherche à *s'abestir*, suivant le mot de Pascal, sans pouvoir même y parvenir ; soyons toujours vrais vis-à-vis de nous-mêmes ; et cette vérité, ou plutôt cette véracité passera ensuite dans tous les rapports que nous entretenons avec le monde au milieu duquel nous vivons. M. Grisolle a donc eu parfaitement raison de modifier ainsi le titre de son livre, car ce ne sont point là seulement les éléments de la science, c'est toute la science résumée dans ses certitudes, ses probabilités et ses trop nombreuses défaillances.

L'auteur voulant marquer lui-même les principales additions qu'il a faites à cette nouvelle édition de son livre, fait observer que plus de quarante chapitres ont été refondus ou considérablement modifiés. Ces changements profonds, dans l'exposition de points de la science quelquefois si importants, montrent mieux que nous ne le saurions dire, combien celle-ci est instable, combien elle est loin encore du perfectionnement que nous nous plaisons tous à rêver pour elle. Ce rêve s'accomplira-t-il enfin quelque jour ? Il n'en faut point douter, ne fût-ce que pour ne pas décourager les hommes de cœur qui se dévouent à sa lente et difficile élaboration. Quoi qu'il en soit à cet égard, les progrès partiels que là partout le travail de

tous les jours a réalisés sur les points de doctrine ou de pratique dont il s'agit en ce moment, sont indiqués par l'auteur d'une manière sobre et concise; et c'est en ces questions délicates surtout qu'apparaît le sens critique sûr de l'éminent professeur de thérapeutique. Nous ajouterons que non-seulement M. Grisolle s'est ainsi efforcé, dans le remaniement de son livre, de le tenir constamment à la hauteur des recherches et des travaux les plus récents, mais que des questions nouvelles nombreuses ayant été introduites dans la science depuis quelques années, il n'a cru sa tâche de popularisateur classique de la médecine interne achevée qu'en faisant dans son ouvrage une place plus ou moins large, suivant leur importance, à toutes ces questions. C'est ainsi qu'il a traité tour à tour et en dehors du cadre des précédentes éditions, de la métrite interne, de l'hémorrhagie méningée rachidienne, de l'empoisonnement par le chloroforme, par le sulfure de carbone, de la syphilis viscérale, des contractures transitoires, de l'ataxie musculaire locomotrice, de la paralysie du nerf radial, des paralysies rhumatismales, des paralysies consécutives, des paralysies essentielles à marche aiguë, des paralysies de l'enfance, de la paralysie progressive des lèvres, du voile du palais et de la langue, de l'état nerveux, du vertige nerveux, de l'exophthalmos, de l'ictère grave.

Enfin, ainsi que l'auteur le fait encore observer lui-même, il a donné plus de développements à la partie thérapeutique de son livre. Nous demandons la permission de faire à cet égard une simple remarque : M. Grisolle est à la fois trop homme de sens et de probité pour ouvrir, dans son livre, la porte à une foule de niaiseries thérapeutiques dont, en ce moment, la science est inondée; ce que l'art peut, dans l'état de la science, il le dit; ce qu'il ne peut pas, il le dit avec non moins de netteté et de franchise. Nous ne saurions en cela trop l'approuver. Mais quand la science ne peut rien contre une maladie, en tant que thérapeutique, ne peut-elle rien autrement? Assurément, aussi bien que nous, mieux que nous, M. Grisolle sait que là où les ressources de la thérapeutique proprement dite nous font défaut, l'hygiène, sous la direction d'une main habile, peut *altérer*, faire *autre* l'organisme, et l'affranchir de la servitude morbide sous l'influence de laquelle il faiblit et va lus ou moins prochainement succomber. Ces ressources de l'hygiène thérapeutique, qui secondent toujours puissamment la thérapeutique elle-même, et qui peuvent encore la suppléer quand elle est forcée d'abdiquer, le savant professeur de la Faculté de Paris les indique souvent; mais nous permettra-t-il de lui faire observer

humblement qu'il est trop sobre dans les développements auxquels il se livre à cet égard. Il y a un livre où cette hygiène thérapeutique est admirablement tracée, c'est celui de M. Fonssagrives : si M. Grisolle s'en était inspiré, nous sommes convaincu qu'il se fût empressé de combler la lacune que nous lui signalons, et par là il eût ôté à son important traité ce caractère de désespérante fatalité qui en assombrit trop quelques pages. Cette thérapeutique-là est d'une application bien autrement difficile que celle qui procède par l'inconnu ou l'inusité, car elle suppose dans les malades un bon sens qui souvent peut manquer; mais d'où leur viendra cet enseignement, sinon de la science? Quand le charlatanisme marche si résolûment à la conquête du monde qu'il veut abêtir à son profit, que la science elle aussi marche toutes voiles déployées, et s'efforce d'arrêter l'idiote crédulité des masses sur la pente dangereuse qui l'entraîne. Nous ne savons personne plus digne que M. Grisolle d'entendre ce langage bien désintéressé de notre part, et plus capable d'en faire bénéficier la science honnête; c'est pourquoi nous n'avons pas craint de finir par ces paroles une notice consacrée à appeler l'attention du public médical sur la huitième édition d'un livre dont la fortune est faite depuis longtemps.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'opportunité et de l'efficacité de la médication vomitive par l'ipécacuanha, dans certains cas de pneumonie secondaire, chez les enfants. — Si une étude plus approfondie et une connaissance plus intime des procédés et de la puissance de réaction spontanée de l'organisme contre les atteintes morbides qui lui sont portées, légitiment jusqu'à un certain point les tendances modernes vers une thérapeutique d'abstention intelligente, il ne s'ensuit pas que celle-ci soit toujours et fatalement de mise. Il n'est pas, assurément, de terrain plus propice à la méthode dite d'*expectation* que les maladies de l'enfance; c'est là, en effet, qu'elle a reçu sa véritable consécration. Est ce à dire, cependant, que, même sur le terrain où elle triomphe, elle ait toujours sa raison d'être? Non, assurément; et s'il pouvait exister le moindre doute relativement à l'opportunité, dans certains cas, d'une intervention active, le fait suivant, qui peut d'ailleurs servir de type à de semblables indications, suffira, pensons-nous, à le dissiper.

S*** (Albert), âgé de neuf ans, entre le 28 avril 1863, salle Saint-

Jean, n° 31 (service de M. Bouvier); cet enfant est atteint de rougeole, et celle-ci est en pleine éruption au moment de son admission. La maladie s'accompagne de sa complication habituelle du côté de la muqueuse respiratoire, c'est-à-dire de bronchite catarrhale; mais elle existe dans toute sa simplicité. Traitement expectant. L'éruption suit son cours normal : le 14 mai, elle a à peu près complétement disparu; c'est à peine s'il reste encore un peu de bronchite; l'enfant est en pleine convalescence. Toutefois, le 16 mai, la toux est plus fréquente, la respiration accélérée, et l'on constate un état fébrile très-marqué. L'auscultation révèle l'existence de *râles sous-crépitants*, à la partie postérieure et moyenne de la poitrine, du côté gauche. Râles sibilants, ronflants dans les autres parties.

Le lendemain, 17, à part les râles sous-crépitants qui persistent avec certains caractères de finesse, il est facile de constater un *souffle* très-prononcé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche. Fièvre intense, respiration légèrement accélérée.

Le 18, point de modification dans l'état local; mais la dypsnée a augmenté, et le petit malade est très-abattu.

Jusqu'ici on s'était borné à une médication purement expectante. L'on crut devoir recourir alors à un vomitif suivant la formule habituelle de l'hôpital des Enfants, savoir :

Pr. Sirop d'ipécacuanha................	30 grammes.
Poudre d'ipéca....................	30 centigrammes.
Mêlez.	

Faire prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à effet suffisant. Il y eut des vomissements répétés très-abondants. Un soulagement immédiat et considérable s'ensuivit, ainsi que cela fut constaté à la visite du soir.

Le lendemain matin, 19, l'état fébrile était très-atténué; le souffle et les râles avaient évidemment perdu de leur intensité, la respiration était à peu près normale dans sa vitesse. Il s'était produit, en un mot, une modification des plus remarquables, mais réelle, dans tous les symptômes.

Le 20, c'est à peine si quelques râles sous-crépitants persistent encore; quant au souffle, il n'en reste plus de trace saisissable.

Le 22 l'enfant est très-bien.

Quelques difficultés qu'il y ait à apprécier sainement la véritable part qui revient à l'action d'un médicament, et quelles que soient les réserves commandées par ces difficultés, il ne nous paraît pas possible de méconnaître l'influence de la médication vomitive dans le cas qui précède; elle *éclate*, en quelque sorte, non-seulement

dans la réalité, mais encore et surtout dans la rapidité de l'effet produit.

Double luxation de la machoire inférieure. — Examen anatomique des parties. — L'on connaît les diverses théories qui se sont produites pour expliquer les difficultés que présente la réduction de cette luxation. M. le docteur Demarquay vient de soumettre à la Société de chirurgie la dissection d'une mâchoire luxée, afin d'éclairer la discussion des points encore obscurs de cette question de pathologie chirurgicale. Voici l'observation produite par M. Demarquay, ainsi que les dessins de la pièce recueillie sur son malade :

Le nommé M***, âgé de trente-deux ans, marchand à la halle, était adonné depuis longtemps à l'usage de l'absinthe. Cet homme, au dire d'une personne de sa connaissance, avait l'habitude de se luxer le condyle droit et de se montrer dans cet état à ses voisins, puis il réduisait lui-même cette luxation partielle. Le 18 mars, soit à la suite d'un essai de cette sorte, soit dans un effort fait pour soulever un fardeau (cette dernière supposition paraîtrait la plus probable, si l'on s'en rapporte aux paroles d'ailleurs fort incohérentes du malade), il se produit une double luxation, qui cette fois persiste.

Le 19, des tentatives de réduction sont faites à l'Hôtel-Dieu, mais sans résultat. C'est à ce moment, probablement sous l'influence de la douleur, que se manifeste le premier accès de délirium, qui du reste ne tarde pas à cesser.

Le 20, le malade entre dans l'après-midi à la Maison municipale de santé. Il répond alors, mais d'une manière assez incomplète, aux questions qu'on lui fait, et semble surtout dominé par une idée de persécution.

On peut facilement constater les symptômes classiques de la luxation double de la mâchoire : proéminence antérieure du maxillaire inférieure, incisives inférieures dépassant les supérieures, molaires ne se correspondant plus aux deux mâchoires, les inférieures dépassant de la moitié les supérieures ; impossibilité de fermer la bouche ; excavation des joues, tension des masséters, déplacement des condyles et des apophyses coronoïdes. Il en est de même des troubles fonctionnels : impossibilité ou grande difficulté de la parole, de la mastication, de la déglutition.

Le soir du même jour, les troubles cérébraux augmentent ; le malade, en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, cherche à se lever et lutte toute la nuit.

Le 21 au matin, la réduction s'opère assez rapidement par une

pression exercée successivement sur l'apophyse coronoïde droite, puis sur la gauche.

Tous ces symptômes physiques et physiologiques cessent du côté de la mâchoire et de la bouche ; mais le malade continue à délirer. Malgré l'usage de l'opium continué d'heure en heure, l'agitation persiste toute la journée, ainsi que les hallucinations. Ces symptômes sont surtout portés à leur summum vers les sept heures du soir ; puis, après cette crise ultime, le malade s'affaisse, tombe dans un coma complet et meurt vers les huit heures et demie du soir.

L'autopsie a eu lieu le 23 mars au matin. Le cadavre présentait déjà un état assez avancé de putréfaction. Coloration bleuâtre et

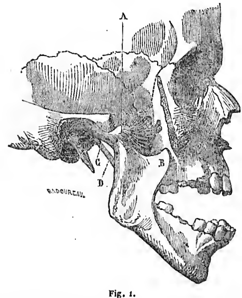


Fig. 1.

œdème général des téguments. Tous les tissus sont imbibés de sérosité roussâtre. Les méninges n'offrent rien de spécial. Le cerveau et le cervelet présentent une injection très-prononcée, mais sans autres désordres appréciables. La consistance du cerveau est normale

Peu de temps après la mort, la luxation a été reproduite, afin de pouvoir étudier les choses dans un état favorable. J'ai disséqué complétement l'articulation temporo-maxillaire du côté droit pour étudier convenablement l'articulation luxée avec les ligaments qui l'entourent ; du côté gauche, au contraire, j'ai laissé les muscles intacts

afin de bien faire voir l'apophyse coronoïde recouverte du tendon du muscle temporal. Voici le résultat de la dissection, qu'il sera facile de suivre sur la figure n° 1. On peut voir sur cette pièce que le condyle A a subi un déplacement considérable; ce déplacement a été déterminé exactement, et il est de 4 centimètres. Le condyle a complétement quitté la cavité glénoïde, et il est venu se placer au-devant de la partie transverse de l'apophyse zygomatique; de plus, il s'est un peu élevé dans la fosse zygomato-maxillaire, circonstance dont il faut tenir compte dans la réduction de ces luxations. Cette circonstance explique aussi les luxations en haut signalées par M. Robert. Le disque inter-articulaire, dans le transport du condyle, suit cette

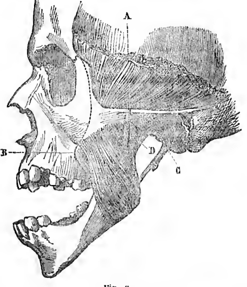


Fig. 2.

surface articulaire jusqu'au niveau de la partie transverse de l'arcade zygomatique ; mais arrivé là, ce disque reste fixe, et sur cette partie fibro-cartilagineuse devenue fixe glisse le condyle ; alors le cartilage se place entre le condyle et l'apophyse transverse, et arrête le condyle dans sa position nouvelle. La capsule articulaire C ainsi que le ligament latéral interne n'ont subi aucune solution de continuité. La direction du ligament latéral externe a changé. Les ligaments sphéno-maxillaire D et stylo-maxillaire sont légèrement tendus au moment de la dissection, tandis que les muscles masséters, ptérygoïdiens internes et temporaux le sont fortement; leur

contraction violente avait d'ailleurs été constatée au moment de l'entrée du malade et de la réduction de la luxation. Sur cette même figure, on voit l'apophyse coronoïde B portée au-dessous et un peu en avant de la partie inférieure de l'os malaire. On voit, sur la figure n° 2, cette même apophyse recouverte du tendon du muscle temporal, et de plus cette apophyse est fortement appliquée sur la partie inférieure de l'os malaire. Voilà l'état des parties telles que nous les avons trouvées à l'examen des parties luxées. Si maintenant nous nous demandons quelles étaient les causes qui s'opposaient à la réduction de cette luxation, il nous a paru très-clair et très-évident que la difficulté de la réduction dans ces luxations tenait surtout :

1° Au déplacement considérable du condyle et à l'interposition du disque inter-articulaire entre le condyle et la partie transverse de l'arcade zygomatique.

2° Les ligaments étaient bien tendus, mais leur tension était faible, et ne pouvait porter un obstacle sérieux à la réduction.

3° L'apophyse coronoïde n'était pas accrochée par la partie inférieure de l'os malaire ; mais cette partie, recouverte du tendon du muscle temporal, était fortement appliquée contre la partie inférieure de l'os de la face, comme cela se voit parfaitement dans la deuxième figure.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Quelques formules pour le traitement de l'ozène. Malgré le grand nombre de moyens proposés et employés contre l'ozène, le praticien se trouve bien souvent désarmé et embarrassé en face de cette affection, presque aussi cruelle par sa ténacité que par la pénible situation qu'elle crée au malade et à ceux qui l'entourent. Après avoir rappelé les divers traitements mis en usage par la plupart des médecins français et allemands, voici celui que conseille le docteur Hedenus, comme lui ayant présenté les résultats les plus favorables : Quand il n'y a pas de sécrétion (ozène sèche), il fait renifler trois fois par jour de l'eau salée et prescrit la poudre suivante : Pr. Calomel, 2 grammes ; poudre d herbe de marjolaine ; poudre de racine d'asarum ; sucre, de chacun 4 grammes. Mêlez, pour une poudre à priser. — Lorsqu'il y a sécrétion et écoulement fétides, on commence par laver les fosses nasales avec l'eau salée, puis on y introduit trois fois par jour des petits cylindres de papier non collé enduit du liquide huileux suivant : Pr. Extrait de saturne, 8 grammes ; huile d'amandes douces, 60 grammes.

S'il y a de l'amélioration au bout de quelques semaines, on fait aspirer quatre fois par jour un liquide composé de 5 gouttes de liqueur de chaux oxymuriatique sur une cuillerée à bouche d'eau, et l'on fait prendre toutes les heures une prise de la poudre suivante : Pr. Charbon animal, 4 à 8 grammes ; poudre de quinquina et de myrrhe, de chacun 6 grammes ; poudre de girofle, 0gr,50 à 1 gramme. Mêlez. — Ou bien, suivant les circonstances : Pr. Charbon de tilleul fine-

ment pulvérisé et myrrhe, de chacun 8 grammes. Mêlez, faites une poudre très-fine à priser comme la précédente. — Si le nez devenait d'une sécheresse incommode, on pourrait faire aspirer de temps en temps une décoction de cascarille avec teinture de myrrhe; ou ajouterait un peu d'alun si l'écoulement du nez recommençait.

Quant au traitement interne de l'ozène scrofuleuse, l'auteur commence par l'électuaire suivant qu'il fait prendre pendant six à huit semaines: Pr. Électuaire dépuratif de Werlhof, 100 grammes; sirop de menthe poivrée 30 grammes; antimoine en poudre 8 grammes; matin et soir une cuillerée à thé. — Au bout de quelque temps, il fait prendre, en outre, deux fois par jour, deux cuillerées d'élixir de Whytt, 30 grammes sur 60 grammes de sirop de vanille. De plus on fait frictionner le dos, matin et soir, avec le baume de vie de la pharmacopée des pauvres de Hufeland. Quand l'amélioration est progressive, l'auteur se borne à faire respirer toutes les deux heures l'eau de Kreuznach, source d'Elisa, et il prescrit à l'intérieur deux cuillerées par jour d'électuaire de chiendent et de pissenlit dans de l'eau de Selters et les pilules suivantes : Pr. Racines de rhubarbe en poudre, 4 grammes; extrait de chélidoine, 2 grammes. Mêlez, faites des pilules de 15 centigrammes, à prendre à la dose de huit à douze le soir.

Le docteur Hedenus affirme avoir guéri, à l'aide de ce traitement, les cas d'ozène les plus graves et que d'autres médecins auraient regardés comme incurables. (*Deutsch klinik* et *Gaz. méd.*, mai 1863.)

Du délire nerveux consécutif à l'opération de la cataracte. Il y a quelques mois, M. le docteur Sichel appelait l'attention des observateurs sur l'existence d'un *délire non fébrile* survenant après l'opération de la cataracte par extraction ; et le savant ophthalmologiste rappelait, avec détails, deux cas parmi les sept ou huit semblables qui s'étaient présentés à lui dans sa pratique. L'annonce de cette complication remarquable et sa possibilité en pareille circonstance ne pouvait manquer de frapper les esprits et de provoquer de nouveaux faits. Nos lecteurs ont pu prendre connaissance, dans ce numéro même de notre journal, de la communication très-intéressante que M. le docteur Magne nous a faite sur ce sujet (p. 463). M. le docteur Lanne vient de lui apporter aussi son contingent. « J'ai observé, dit-il, dans le cours de ma pratique, deux cas de semblable délire : le premier, consécutif à une opération de cataracte par extraction, que j'ai faite il y a six ans sur une femme de soixante douze ans, ayant toujours véeu sobrement; et le second survenu à la suite d'une scléroticonyxis à laquelle j'avais soumis un octogénaire. Je n'ai pas cru, ajoute M. Lanne, devoir entretenir le monde chirurgical de ces deux faits, parce que le délire qui s'est présenté à mon observation me semblait, ainsi que celui signalé par M. Sichel, devoir être assimilé au délire que Dupuytren nomma délire nerveux, et qu'il décrivit, pour la première fois, dans l'Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux, de 1819. » — On trouve, en effet, dans la clinique chirurgicale de Dupuytren des cas de délire nerveux survenu après l'opération de la cataracte par kératonyxis; et M. Lanne signale entre autres le suivant, relaté à la page 180 du tome I[er] de la dite clinique : « *Délire nerveux après l'opération de la cataracte pratiquée par kératonyxis sur une femme de cinquante-huit ans.* Dans la nuit du quinzième jour, délire nerveux très-intense ; on est obligé de mettre à la malade la camisole de force. Le lendemain, la malade reconnaît ceux qui lui donnent des soins ; mais elle se plaint de prétendus mauvais traitements qu'on lui aurait fait éprouver, et répond mal à toutes les questions. (Antispasmodiques, sinapismes aux jambes; point d'amélioration;)—Le dix-septième jour, un quart de lavement avec huit gouttes de laudanum; le soir somnolence. Le dix-huitième jour, nouveau délire ; un quart de lavement avec dix gouttes de laudanum. Le dix-neuvième jour, disparition du délire sans retour. — L'on sait, d'ailleurs, que Dupuytren considérait comme les plus exposés au délire les sujets nerveux et pusillanimes. Quoi qu'il en soit, M. Lanne dit avoir vu réussir plusieurs fois le traitement opiacé qu'employait Dupuytren, et, en tout cas, il le préfère au *traitement moral* conseillé par M. Sichel. L'on a pu voir comment une toute autre interprétation du phénomène conduit M. Magne (travail ci dessus) à préconiser une médication différente et dont la base est l'alimentation des opérés. (*Gaz. des hôpitaux*, mai 1863.)

Cause de la mort à la suite des brûlures superficielles; moyens de l'éviter D'une interprétation, qui lui est propre, des causes de la mort à la suite des brûlures étendues, M le docteur Baraduc déduit un mode de traitement particulier. Cette interprétation et le traitement ne s'appliquent qu'aux cas de brûlures dites au second degré, d'après Dupuytren, mais que M. Baraduc, dans une classification par lui proposée, rapporte à deux degré distincts, sous les noms de phlycténoïde simple et de phlycténoïde ulcéreuse ou cutanée superficielle. A *ce* ou à *ces* degrés, comme on voudra, le phénomène capital des brûlures consiste dans *l'exosmose forcée* ou *vésication* : or, suivant notre confrère, ce qui fait le grand danger de ces brûlures, quand elles occupent de vastes surfaces, et constitue la cause de la mort, c'est la soustraction rapide et abondante du sérum du sang, c'est la diminution de la fluidité de ce liquide, nécessaire à sa circulation. De cette théorie de la léthalité des brûlures largement vésicantes, théorie qu'il appuie et sur le raisonnement et sur les données anatomo-pathologiques d'autopsies par lui faites alors qu'il était interne dans le service de Bérard aîné, M. Baraduc déduit son mode de traitement. Ce traitement et les moyens dont il se compose se rattachent à trois ordres d'indications : 1° Augmenter la masse du liquide circulatoire, rendue insuffisante par la formation des ampoules : bain d'eau pure ou chargée d'une décoction de fleurs de tilleul, pendant dix à quinze heures, et entretenu à 28 ou 30 degrés centigrades pendant toute sa durée ; pendant le bain, boissons légèrement diurétiques ou émollientes en aussi grande abondance que possible; lavements, injections dans la vessie, inhalations de vapeur d'eau ; dans le cas de faiblesse extrême, bouillons de poulet ou plus fortifiants encore. 2° Fluidifier chimiquement le sang épaissi, et pour cela remplacer les bains précédents par des bains alcalins ; boissons alcalines, lavements et injections de même nature. 3° Arrêter l'exosmose qui constitue la vésication : on remplit cette dernière indication, à la sortie du bain, après avoir ouvert les ampoules, en recouvrant toutes les régions malades avec des linges fins enduits de cérat légèrement saturné, par-dessus lesquels on applique des feuilles de ouate épaisses et douces ; le pansement doit être maintenu, surtout autour des membres, par un bandage roulé qui, partant des extrémités, exerce une pression ascendante douce et progressivement moindre. Des affusion d'eau à 10 ou 12 degrés doivent être faites sur l'ensemble de l'appareil Un nouveau bain sera donné chaque jour, dont on abrégera à chaque fois la durée d'une heure ou deux ; pour rendre les pansements moins douloureux, on les fera dans le bain.

Tel est, en substance, le traitement proposé par M. Baraduc et qui lui a donné un résultat favorable chez deux malades brûlés de la tête aux pieds. Le principal, ou du moins un des principaux moyens préconisés par notre confrère, à savoir le bain tiède prolongé, a déjà été employé avec grand avantage chez plusieurs malades par M. Passavant, à Francfort, comme nous en avons rendu compte dans le tome LVI de notre collection. (*Brochure in-8°, Paris, 1863.*)

Traitement de la coqueluche. La coqueluche est encore une de ces maladies, malheureusement trop nombreuses, pour lesquelles on pourrait dresser une longue liste de déceptions thérapeutiques. C'est là un motif de plus pour accueillir avec empressement et porter à la connaissance de nos lecteurs toute nouvelle tentative à son endroit. M. le docteur Gerlard a institué une méthode de traitement fondée sur l'opinion que cette maladie reconnaît pour cause une altération du sang, et qu'en conséquence le traitement doit tendre à activer le travail nutritif. Dès le début de la maladie, l'auteur prescrit les poudres suivantes :

Pr. Soufre doré d'antimoine. 30 centig.
Calomel.................. 15 centig.
Poudre d'ipéca.......... 15 centig.
Poudre de racine de jalap 1gr,20.
Extrait de belladone.. 10 à 20 cent.
Sucre de lait............ 8 gramm.

Mêlez S. A., et divisez en 12 paquets égaux.

Suivant l'intensité de la maladie et suivant l'âge et la constitution de l'enfant, on administre ou un tiers, ou un demi-paquet, ou bien un paquet entier deux et trois fois par jour, de manière à obtenir deux à trois selles liquides. Trois fois par semaine, *bain chaud* de 25 à 26 degrés Réaumur, avec une demi-bouteille ou une bouteille entière de vinaigre, et 30 à 60 grammes de liqueur ammoniacale. En hiver, et par les temps froids, les enfants gardent la chambre; le reste de l'année, on ne les laisse sortir que par

les temps chauds, afin de ne pas supprimer les fonctions de la peau. L'auteur condamne aussi les vêtements trop chauds et toutes les infusions chaudes, qui sont plus nuisibles qu'utiles. Quoi qu'il en soit, M. Gerlard se croit en droit d'affirmer que ce traitement lui a toujours réussi, et qu'à sa faveur la guérison s'est produite le plus souvent dans l'espace de trois semaines. Qu'il nous soit permis de laisser à son auteur toute la responsabilité de cette assertion. (*Deutsch Klinik* et *Gazette méd.*, mai 1865.)

Des eaux thermales de Luxeuil contre la syphilis latente. Si la syphilis a, par elle-même, une gravité exceptionnelle, elle en emprunte peut-être une plus grande encore à la faculté qu'elle possède de *sommeiller*, en quelque sorte, au sein de l'organisme, pendant un temps plus ou moins long, et de déjouer ainsi, par l'absence de manifestations saisissables, l'opportunité de l'intervention thérapeutique. Aussi comprend-on sans peine combien précieuse serait la découverte d'un moyen capable de démasquer la maladie, de la forcer de se produire au dehors en revêtant ses formes caractéristiques. C'est ce qu'avait très-bien compris Swediaur, et qu'il a exprimé dans son traité des maladies syphilitiques (t. II, p. 64) : « Si nous étions en possession d'un remède qui eût le pouvoir de rendre actives les dernières particules du virus cachées dans le corps, ce serait une découverte des plus précieuses, qui nous mettrait en état de découvrir sa présence comme l'*aimant décèle le fer* » Aussi, tout effort tenté dans l'espoir et le but de réaliser une semblable découverte doit il être accueilli avec empressement, et c'est pourquoi nous signalons l'étude intéressante que vient de publier sur cette grave question M. le docteur Martin-Lauzer. — M. Martin Lauzer revendique pour les eaux de Luxeuil la propriété de démasquer la syphilis latente. Pour cela, il s'appuie sur ce que parmi les causes, d'ailleurs très-nombreuses, signalées par les auteurs comme ayant déterminé le développement des accidents secondaires de la vérole, se trouvent surtout, comme moyens médicaux, les bains de mer ou de rivière, les bains de vapeur, les eaux thermales en général, les eaux ferrugineuses, sulfureuses et salines en particulier. — Il s'ensuit déjà, dit-il, que les eaux de Luxeuil, comme eaux thermales, comme bains de vapeur, comme sources salines ou comme sources ferrugineuses, mériteraient d'être prises en considération, au moins aussi bien, si ce n'est mieux que toutes les autres. — Il s'appuie de plus, sur l'opinion de Swediaur, qui avait déjà constaté de son temps les bons effets des eaux minérales ferrugineuses (très-problablement froides) dans ces circonstances. Or, si les eaux ferrugineuses, surtout les eaux ferrugineuses froides, ont suffi pour amener le résultat dont parle Swediaur dans le passage cité plus haut, que ne doit-on pas attendre des eaux ferrugineuses qui, comme celles de Luxeuil, sont par exception, thermales? — M. Martin-Lauzer invoque ensuite le témoignage de M. Yvaren, qui s'exprime ainsi à ce sujet. « Lorsqu'il s'agira de reconnaître la pureté actuelle d'une organisation jadis entachée de vérole, d'en tâter la disposition morbide, l'*épreuve des eaux minérales thermales l'emportera sur toutes les autres epreuves* (Des métamorphoses de la syphilis, p. 571). — Il s'appuie, enfin, sur l'expérience de Faber (Essai historique sur les eaux de Luxeuil. 1775, p. 147), et sur les observations faites par Alliès (Études sur les eaux minérales en général, et sur celles de Luxeuil en particulier. Paris. 1850). — En somme, bien que déduites de l'analogie seule, et ne paraissant pas avoir reçu encore, entre ses mains, la sanction indispensable des faits, les assertions de M. Martin-Lauzer méritent de fixer sérieusement l'attention des observateurs (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, mai 1865.)

Deux nouveaux cas de surdité guéris par l'emploi topique de la glycérine. Aux faits que nous avons produits à l'époque des premiers essais de cette application thérapeutique de la glycérine, nous ajoutons les deux suivants :

Un homme de trente-sept ans avait perdu l'ouïe à droite depuis dix-huit ans, à la suite d'une inflammation avec écoulement de l'oreille externe. Le méat auditif offre un épaississement avec teinte perlée et absence complète de sécrétion. Le malade entend un bruit incessant dans l'oreille affectée. On applique la glycérine au moyen d'un pinceau humecté de ce liquide. La première lotion est suivie d'une amélioration de quatre heures. On répète les lotions deux ou trois fois la

semaine, et, au bout de cinq semaines, l'ouïe est redevenue saine.

Une dame de cinquante-cinq ans est sourde depuis trente ans. La peau du méat auditif est très-dure, la membrane du tympan épaissie, d'un blanc perlé, sans trace de sécrétion. On ne peut la toucher sans exciter de vives douleurs. Les parties sont enduites avec de la glycérine, et une amélioration presque immédiate se manifeste; la malade peut entendre ses fils lui parler. L'audition devient bonne chez cette dame, pourvu qu'elle prenne soin deux fois la semaine d'humecter avec de la glycérine son conduit auditif; lorsqu'elle néglige cette pratique, l'audition devient ce qu'elle était auparavant. (*The Lancet et Répert. de pharm.*, avril.)

De l'emploi thérapeutique de la cascarille. Le docteur Hedenus se plaint de l'espèce d'abandon dans lequel est tombée l'*écorce de cascarille*, qui rend cependant d'excellents services dans certains cas. Voici quelques affections dans lesquelles cet auteur en recommande l'emploi, autorisé par sa propre expérience.

Dans les diarrhées atoniques des enfants, il prescrit la teinture de la manière suivante :

Pr. Teinture de cascarille. 2 grammes.
Eau de laurier-cerise.. 4 grammes.

A prendre à la dose de 10 gouttes toutes les trois heures, dans une décoction de salep.

Dans la chlorose avec constipation, M. Hedenus se loue extrêmement de la cascarille administrée comme il suit :

Pr. Poudre de cascarille. 4 grammes.
Poudre de rhubarbe.. 4 grammes.
Extrait de malate de fer.............. 6 grammes.

F. S. A. des pilules de 10 centigrammes, 5 à 10 par jour.

L'auteur a trouvé dans l'écorce de cascaril e un excellent fortifiant à la suite de maladies graves, chez certaines femmes délicates.

Pr. Extrait de cascarille. 4 grammes.
Faites dissoudre dans :
Eau de tilleul........ 60 grammes.
Ajoutez :
Eau de fleurs d'oranger................ 30 grammes.
Ether nitrique....... 1 gramme.

A prendre quatre fois par jour une cuillerée à thé ou une cuillerée à bouche.

Faut-il ajouter qu'il la prescrit aussi pour rétablir les organisations ruinées par les débauches, en l'associant au quassia, au fer et aux diverses huiles essentielles? (*Deutsch Klinick* et *Gazette méd.*, mai 1863.)

Traitement de la phthisie pulmonaire. Rien de ce qui touche au traitement de la phthisie pulmonaire, fût-ce le moyen le plus irrationnel en apparence, ne doit être dédaigné ou négligé. Il s'agit ici, en effet, d'une maladie tellement fatale dans sa marche, et jusqu'ici tellement au-dessus des ressources de notre art, qu'il y a toujours une place légitime pour l'espoir ou l'illusion dans toute nouvelle tentative dirigée contre elle. Pour ces motifs et aussi à cause de la conscience que l'auteur paraît avoir apportée dans ses essais, nous signalons ici le nouveau moyen conseillé par le docteur Henri Frenud, lequel consiste à faire respirer aux phthisiques des vapeurs chargées de particules de *nitrate d'argent* en solution. Il s'est assuré préalablement que le sel dissous dans l'eau distillée n'éprouve aucune altération par l'ébullition, et que les molécules de vapeur en contiennent des parcelles entraînées mécaniquement par la vaporisation. Il fait dissoudre 2gr,50 de nitrate d'argent dans 100 grammes d'eau distillée, et soumet deux fois par jour à l'évaporation une cuillerée à thé de ce liquide dans un petit vase de porcelaine placé dans une lampe à alcool. Le malade tient la bouche ouverte au-dessus du vase à une distance convenable, et aspire les vapeurs qui se dégagent. L'auteur ne parle pas de guérison, mais il paraît que les malades se rétablissent pour un temps assez long. L'amélioration se fait ordinairement sentir au bout de deux mois. En tout cas, M. Frenud se loue extrêmement de cette méthode de traitement; toutefois, il n'a pas tardé à soulever des objections, et le docteur Klein a contesté la possibilité du passage du nitrate d'argent dans la vapeur d'eau qu'on respire, et a cherché à montrer que, quand même il y aurait quelques particules du sel d'argent qui arriveraient dans les bronches, l'action de ce sel serait nulle sur des membranes couvertes d'une couche de pus. M. Frenud maintient ses premières assertions, et, pour les appuyer, il cite une de ses malades qui eut, après une inhalation, des *taches noires* au menton et au pourtour des lèvres, taches qu'on fit disparaître avec une solution d'iodure de potassium. Il n'est pas douteux, dit-il, que le nitrate d'argent s'élève, en très-pe-

tite quantité sans doute, avec la vapeur d'eau ; tout ce qu'on pourrait contester, c'est son arrivée jusque dans les bronches.

Quoi qu'il en soit, ces essais de l'auteur allemand sont peut-être de nature à légitimer de nouvelles tentatives, bien que, il nous faut l'avouer, les études récemment faites sur la pénétration des vapeurs et des particules médicamenteuses en suspension ou en poussière soient peu favorables à la réalité des effets immédiats de ce mode d'administration. (*Deutsch Klinik.* et *Gazette méd.*, mai 1863.)

VARIÉTÉS.

Par arrêté en date du 23 mai 1863, M. Valette, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de Lyon, est nommé professeur titulaire de clinique externe en remplacement de M. Barrier, dont la démission est acceptée. — M. Desgranges, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint en remplacement de M. Valette. — M. Berne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, est nommé professeur suppléant en remplacement de M. Desgranges.

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a élu M. Michon membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La Faculté de médecine de Montpellier s'est réunie le 21 mai pour arrêter la liste des candidats à la chaire de thérapeutique, vacante par le décès de M. Golfin. Les candidats inscrits, au nombre de neuf, sont : MM. les docteurs Cavalier, Chrestien, Combal, Girbal, Guinier, Imbert-Goubeyre, Pécholier, Quissac et Saint-Pierre.

L'Académie des sciences vient d'être autorisée à accepter le legs d'une rente de 1,000 francs instituée par feu le docteur Godard, pour la fondation d'un prix qui sera décerné chaque année à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes urinaires.

Dans sa séance du 13 mai dernier, la Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1863-1864. Ont été élus : président, M. Béhier ; vice-président, M. Henri Roger ; secrétaire général, M. Lailler ; secrétaires annuels, MM. Colin et Triboulet ; trésorier, M. Labric ; — membres du comité d'administration : MM. Léger, Woilez, Guérard, Bergeron, Chauffard ; — membres du comité de publication : MM. Triboulet, Colin, Lailler, Simonet, Potain ; — membres du conseil de famille : MM. Barth, Hérard, Grisolle, Trélat, Vigla.

Le concours pour un emploi de professeur agrégé à l'Ecole Impériale de médecine et de chirurgie militaires, que nous avons annoncé dans notre dernier numéro, s'ouvrira le 5 novembre prochain à l'hôpital du Val-de-Grâce. Les épreuves consisteront en : 1° une composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ; 2° une leçon orale ayant pour sujet l'examen clinique de deux malades atteints l'un d'affection aiguë, l'autre d'affection chronique.

M. le président de l'Association générale des médecins de la France a adressé aux présidents des sociétés locales le projet de statuts relatifs à la fondation d'une caisse de retraite, projet qui doit être soumis aux délibérations de la prochaine assemblée générale.

Par décret du 25 avril dernier, ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels : de l'arrondissement de Narbonne, M. le docteur Martin père ; du département de la Corse, M. le docteur Versini père.

L'Académie de médecine a de nombreux envois de vaccin à faire en ce moment en France et dans les colonies. Nous mentionnons le fait afin de donner à ceux de nos confrères qui nous ont adressé des demandes le motif du retard mis à répondre à leur désir.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Dans quelle mesure doit-on, dans la pratique, tenir compte de la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine?

Il y a quelque dix ans, un homme, porteur d'un nom illustre dans les sciences et dans la politique, eut la malencontreuse idée de soutenir qu'une des plus brillantes découvertes des temps modernes, la vaccine, n'était qu'un leurre, et que, si l'impression vaccinale sur l'organisme mettait celui-ci, temporairement au moins, à l'abri de la variole, l'humanité payait largement la rançon de ce bienfait apparent par la substitution à cette maladie d'affections devenues plus graves, plus fréquentes, et, en somme, fournissant dans tous les rangs de la population un contingent plus considérable à la mort. Ce paradoxe a duré ce qu'aujourd'hui, dans la région des intelligences éclairées, dure l'erreur, l'espace d'un matin. Comme les livres, les plus brillantes découvertes ont leur destinée, *habent sua fata.* Voici maintenant que, depuis quelques années, un certain nombre de faits se sont produits, qui tendent à faire peser sur la vaccine une responsabilité non moins grave, celle d'être un moyen possible de transmission de la syphilis aux individus qui chaque jour lui demandent un moyen de préservation contre la variole. En présence des faits dont nous venons de parler, y avait-il lieu à introduire une telle question dans les discussions presque officielles de l'Académie impériale de médecine, et dans l'état de ces discussions, en quelle mesure cette question doit-elle influencer la pratique de la vaccination? C'est ce que nous allons essayer de déterminer. Quand des paroles aussi graves que celles auxquelles nous faisons allusion se font entendre au sein du plus docte aréopage de la médecine, la presse médicale, qui a d'autre souci que celui de mettre en lumière les faits microscopiques auxquels se complaisent les pêcheurs de gloire à la ligne, doit s'empresser d'y faire écho, et, s'il se peut, d'éclairer au moins la pratique capitale qui se rattache à cette question.

Les morts vont vite, et les idées aussi, paraît-il; voyons donc ce qu'il y a moins de dix ans les hommes les plus autorisés, ceux à l'esprit desquels, malgré quelques dissidences exprimées avec indépendance, nous nous plaisons toujours à déférer, voyons, disons-nous, la leçon que ces hommes professaient sur cette grave question de la transmission de la syphilis par la voie de la vaccination. « On

a souvent accusé, dit le savant syphilographe de Lyon, M. Diday, on accuse encore des boutons vaccinaux développés sur un enfant syphilitique, de transmettre la maladie vénérienne à celui qu'on vaccine avec le pus qu'ils contiennent. M. Ricord a réduit ces appréhensions à néant, en démontrant, dans chacun des faits avancés comme exemple d'un pareil accident, qu'il y avait eu erreur de l'une ou l'autre des deux manières suivantes : ou le sujet qui a été vacciné n'a réellement pas eu une véritable affection syphilitique, mais une de ces éruptions bénignes, si communes au jeune âge, et qui s'étendent souvent à une grande partie du corps sous l'influence du mouvement fébrile causé par le travail vaccinal ; ou le sujet à qui l'on a emprunté le vaccin offrait, au lieu d'un bouton vaccinal légitime où l'on a cru puiser, une pustule chancreuse, lésion initiale de l'ulcère syphilitique primitif, quand il se développe à la peau, ce qui présente, en effet, des caractères très-capables de la faire confondre avec la pustule vaccinale [1]. »

Depuis que ces lignes ont été écrites, un fait immense a été rigoureusement constaté, et est désormais acquis à la science, c'est la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis : M. Ricord lui-même, avec une loyauté qui l'honore, accepte aujourd'hui ce principe, dans une certaine mesure au moins, puisqu'il admet ce fait de transmissibilité par le fait possible de la transmission de la syphilis d'un enfant en infection secondaire à un individu sain, par le moyen de l'inoculation vaccinale. Quand des hommes aussi considérables que MM. Depaul, Trousseau, Ricord, Devergie, etc., admettent un pareil fait, nous nous inclinons humblement devant une si grande autorité, et nous n'hésitons pas à dire qu'il y a là un danger réel, qu'il serait aussi absurde qu'inhumain de chercher à se dissimuler ; mais quelle conclusion tirer de ce fait, quant à la pratique vulgaire de tous les jours de la vaccination, voilà tout d'abord ce qu'il s'agit de s'efforcer de déterminer.

En somme, quels sont ces faits ? Assurément, nous le répétons, en face des grandes autorités qui les affirment, on ne saurait d'une manière générale les révoquer en doute que par suite d'un scepticisme excessif, aussi contraire à l'avancement de la science que la crédulité idiote qui, à certaines époques de l'histoire de la syphilis, admettait que celle-ci pouvait se transmettre par le seul fait de la respiration de l'air sorti de la poitrine d'un individu infecté ; mais

---

[1] *Traité de la syphylis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, p. 86.

enfin, nous le répétons, quels sont ces faits? A moins de faire de la critique une variété du snobisme oublié par le célèbre humoriste anglais, on lui accordera bien le droit de s'en enquérir et de les examiner sommairement.

En tête de ces faits, qui peuvent réagir d'une manière si funeste sur une des pratiques les plus utiles de la médecine, il y a d'abord les faits de Rivalta. Dans la question de la transmission possible de la syphilis par la vaccination, si brusquement et peut-être un peu prématurément introduite à l'Académie impériale de médecine, on n'a rien dit de ces faits. Les médecins sous les yeux desquels ces faits ont passé comme des événements graves, auxquels une expérience à demi-inconsciente les avait préparés, et qui les ont acceptés avec la grave signification que ceux qui les avaient observés n'avaient point hésité à leur donner, ces médecins, disons-nous, ont pu s'étonner qu'il n'en ait été fait nulle mention à l'Académie dans la discussion que nous examinons en ce moment. Pour nous, ce silence s'explique parfaitement; car ces faits, soumis à la coupelle d'une critique quelque peu sévère, sont loin, bien loin d'avoir la grave signification qu'on leur a tout d'abord accordée. Ce serait dépasser les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici que de discuter de nouveau ces observations; qu'il nous suffise de rappeler la conclusion par laquelle a terminé cette critique un des esprits les plus judicieux de ce temps-ci, M. le docteur Dechambre. « Comme on le voit, dit ce critique éminent, les renseignements du docteur Pacchiotti déplacent la difficulté; mais ils sont loin de porter la lumière sur les points obscurs de cette histoire. Peut-être l'observation ultérieure, en nous facilitant l'intelligence rétrospective de ces faits inexplicables, nous donnera-t-elle la clef du problème; mais aujourd'hui l'incertitude reste grande, et l'hésitation légitime; et, pour dire toute notre pensée, lorsque nous étudions, sans idée préconçue, les événements de Rivalta, lorsque nous cherchons à saisir la pathogénie et la filiation de ces regrettables accidents, nous ne trouvons partout qu'un dédale inextricable [1]. »

Dans l'observation lue ces derniers jours, par M. Devergie, à l'Académie de médecine, les difficultés, si nous osons le dire, sont plus grandes encore : on y manque d'abord du certificat d'origine, pour nous servir d'une expression fort juste employée par ce médecin distingué; et puis, il s'agit d'un jeune homme de quinze ans; ce jeune homme, on ne sait ce qu'il a fait ni ce qu'il est devenu

---

[1] *Gazette hebdomadaire*, 18 avril 1862.

dans l'intervalle qui se place entre la vaccination et l'apparition de la syphilide tuberculeuse généralisée qu'on a plus tard positivement constatée chez lui. Comment affirmer dès lors que la source à laquelle on a puisé n'était point une pustule chancreuse, forme typique de l'ulcère syphilitique de la peau, *et qui*, comme le disait tout à l'heure M. Diday, *offre des caractères très-capables de la faire confondre avec la pustule vaccinale?* quant à l'exploration à laquelle on s'est livré chez ce malade pour saisir une autre porte d'entrée du virus syphilitique que l'incision vaccinale, suffit-il de dire qu'on n'a rencontré chez lui ni les signes de la pédérastie passive, ni sur la verge aucune trace de chancre, pour qu'on soit rigoureusement autorisé à conclure de la réalité de ces symptômes négatifs, que la vaccination est la seule voie par laquelle le virus syphilitique a pu pénétrer dans cet organisme évidemment contaminé? Outre qu'il y a encore bien des obscurités sur la question du *quomodo* des accidents secondaires de la syphilis, il y a un fait positif que M. J. Cloquet a justement rappelé, c'est que la syphilis secondaire est soumise, dans quelques cas, à la loi des longues échéances, qui régit une foule d'autres affections, et où la maladie, comme ensevelie dans le sommeil d'une latence inexplicable, ne fait explosion qu'à l'époque de la puberté. En face de la question si sérieuse qui s'agite aujourd'hui, qu'on ne perde jamais de vue ces faits que l'ancien professeur de la Faculté de médecine a rappelés, et dont, avec son esprit judicieux, il a vu immédiatement la portée dans cette discussion; car là est peut-être le mot de l'énigme si laborieusement cherché.

Nous ne dirons rien du fait observé par M. le docteur Trousseau, que nous ne connaissons pas, et qu'a rappelé M. Ricord, et dans lequel manque également, ainsi que l'illustre syphilographe l'a fait remarquer lui-même, le certificat d'origine.

M. le professeur Depaul, en répondant à M. Ricord, dans la séance académique où M. Devergie a lu son observation, a signalé un fait de la plus haute importance, et sur lequel nous appelons tout particulièrement l'attention des praticiens, c'est que, chargé des vaccinations avec M. Bousquet, à l'Académie, il n'a jamais observé un seul cas de transmission syphilitique par voie de vaccination. C'est là un résultat très-remarquable et bien propre à rassurer les esprits que cette discussion aurait pu ébranler. Sans nul doute, il faut, pour s'expliquer cette absolue immunité de la vaccination académique, tenir compte, au premier chef, de l'habileté, de la sagacité des prudents vaccinateurs; mais quelle que soit cette prudence, quelle que soit cette sagacité, pour que l'une ou l'autre ne

soit jamais mise en défaut, il faut bien, tous le reconnaîtront, que les conditions spéciales dans lesquelles la vaccination devient un moyen d'inoculation syphilitique se produisent bien rarement. C'est là, nous le répétons, un puissant motif de sécurité, et qui contre-pèsera, nous l'espérons, l'influence fâcheuse qu'une discussion un peu prématurée aurait pu exercer sur la pratique de la vaccination.

Qu'il nous soit permis de tirer, dès maintenant, une première conclusion de tout ce qui précède, c'est que, d'une part, si elle est possible, l'inoculation syphilitique par la vaccine est un accident excessivement rare, et, de l'autre, que les faits jusqu'ici allégués pour prouver la réalité de cette inoculation sont incomplets et manquent, par conséquent, des conditions nécessaires pour les faire admettre sans conteste dans la science.

Ce n'est pas tout encore : lorsqu'il s'agit de la syphilis congénitale ou, d'une manière plus générale, de la syphilis infantile, bien des ombres enveloppent ces faits, et, dans notre incertitude, si l'on veut nous permettre de nous exposer à gâter un beau vers,

Nous faisons des vertus au gré de la science (1).

Mais depuis qu'on pratique les revaccinations pour venir au secours de l'influence préservative épuisée de la vaccine, une immense série de faits s'est produite, où la question dont nous nous occupons en ce moment a pu être étudiée dans des conditions d'observation où s'effacent au moins en grande partie les doutes auxquels on se heurte nécessairement dans l'expérience de la première vaccination; or, que répond celle-ci quand on l'interroge dans le sens de la question qu'il s'agit d'élucider? Nous allons le voir en peu de mots.

Depuis que Hander, Wolfers de Lemmfœrde, etc., ont sérieusement appelé l'attention du monde médical et administratif sur l'utilité des revaccinations pour limiter le nombre des récidives de la variole, on a constaté d'une manière rigoureuse que ce moyen devait être employé dans les épidémies de cette maladie, et que par là on en arrêtait les désastres. Toutefois, des doutes restaient encore dans beaucoup d'esprits, quand quelques gouvernements allemands, entre autres le gouvernement prussien, imposèrent aux médecins de l'armée l'obligation d'y soumettre indistinctement tous les militaires, ou seulement tous ceux qui ne portaient pas de cicatrice évidente de vaccination régulière antérieure. Maintenant quels enseignements, au point de vue de la question dont il s'agit en ce moment,

(1) Vous faites des vertus au gré de votre haine. (*Cinna.*)

sont sortis d'une expérience pratiquée sur une si large échelle? Des enseignements purement négatifs. Pour qui connaît la vie des soldats, en Allemagne comme en France, en France comme en Angleterre, comme un peu partout en un mot, c'est peu se risquer assurément que de supposer que là partout il y avait bien des organismes contaminés. Or, chose fort remarquable, quand on étudie les résultats de ces revaccinations pratiquées sur une si large échelle et en de telles conditions, nulle part on ne trouve de trace de la transmission de la syphilis par le moyen de l'insertion du virus vaccinal, soit à l'aide d'incision, soit à l'aide d'une simple piqûre. Essayera-t-on de se soustraire aux conclusions logiques de ce fait immense, en disant qu'on n'a la vérole qu'une fois, et que celle-ci durant toujours, l'organisme saturé de syphilis ne saurait s'émouvoir sous l'impression d'une imprégnation nouvelle? Il y a du vrai peut-être dans cette fin de non-recevoir, mais tout n'y est pas vrai : l'absolu ne règne plus en syphilographie. On ne saurait davantage supposer que dans une telle expérimentation qui porte sur des centaines de mille hommes, car il y faut compter aussi bien, au point de vue où nous nous plaçons en ce moment, les individus chez lesquels la vaccination a échoué, faute de réceptivité, que ceux chez lesquels des pustules vaccinales ont été obtenues, on ne saurait supposer, répétons-nous, que dans une telle expérience, si la vaccination était une occasion, non excessivement rare d'inoculation syphilitique, aucun fait ne s'y soit produit qui ait un seul instant fixé l'attention des observateurs. Il sort donc de là encore un enseignement propre à rassurer sur l'avenir de la vaccine les imaginations que des discussions récentes auraient pu effaroucher, et en présence de ces faits, nous sommes autorisé, nous le pensons, à poser ce principe que, si la vaccination peut être une occasion d'introduction dans l'organisme du virus syphilitique, cette occasion doit être excessivement rare, et que l'on n'en peut tenir compte que pour redoubler de prudence dans le choix de la source à laquelle on puise pour préserver les individus exposés à contracter la variole.

Si nous nous sommes quelque peu étendu sur cette question, c'est que nous avons craint que la discussion soulevée à l'Académie impériale de médecine, et qui est encore plus de science que de pratique réelle, ne réagît sur celle-ci de manière à la neutraliser dans son action de tous les jours. La vaccine pratiquée dans les conditions les plus favorables en apparence, et en dehors de toute chance de contamination syphilitique, peut devenir et est devenue dans quelques cas l'occasion d'accidents dont la mort a été le résultat. C'est ainsi

que M. Bouchut a rappelé le cas d'un enfant observé par M. Hippolyte Bourdon, et qui succomba, à la suite de la vaccination, à une infection purulente traduite par des îlots purulents disséminés dans les poumons. Quand la vaccination est pratiquée, en certaines conditions d'habitat, pendant le règne d'une épidémie de fièvre puerpérale, il n'est pas très-rare de voir la vaccine entraîner par le traumatisme local dont elle est l'occasion, des adénites axillaires, des érysipèles graves. La roséole peut encore y trouver une opportunité pour s'y développer et égarer le diagnostic : nous croyons enfin avoir observé que la vaccine pratiquée chez des enfants héréditairement prédisposés à certaines maladies de la peau, l'impétigo, par exemple, peut hâter l'explosion de cette servitude organique, etc. En présence de ces éventualités, s'abstiendrait-on de la vaccine, surtout dans l'imminence du danger d'une épidémie de variole ? Non, assurément. Eh bien, nous n'hésitons point à le dire, de même, quand un enfant, âgé de quelques mois, ne présente aucun symptôme actuel qui traduise l'infection syphilitique congénitale, il faut sans hésiter puiser à cette source; car, s'il en était autrement, si l'on venait à poser en principe que le vaccin doit être suspecté toutes les fois qu'il y a doute sur la santé antérieure des parents en regard de la syphilis, la pratique de la vaccine serait à l'instant même paralysée.

En fin de compte, bien que nous eussions désiré que les médecins qui, soit en Italie, soit en France, ont posé la question que nous venons d'examiner sommairement, eussent au moins attendu, avant de la produire, que toutes les conditions du problème à résoudre fussent réunies, nous reconnaissons que parmi les questions à l'ordre du jour, il n'en est peut-être pas une seule qui, plus que celle-là, appelle l'attention de tous les médecins sérieux. De quelque obscurité qu'à cette heure de la science cette question soit encore entourée, on ne peut cependant, en face des graves autorités qui affirment la transmission possible de la syphilis par l'inoculation vaccinale, ne pas tenir compte de cette terrible éventualité. Le médecin désormais devra donc, avant de puiser à une source vaccinale, s'assurer qu'aucun symptôme n'autorise à suspecter celle-ci ; mais cet examen fait avec toute la prudence dont on est capable, si le résultat de cet examen est négatif, il ne faut point se laisser arrêter par la crainte de contingents excessivement improbables. Dans tous les cas, quels que soient les résultats définitifs auxquels conduise l'étude de cette grave question, sans être vaccinateur officiel, et sans nous poser en *vaticinateur* officieux, nous osons prédire qu'en dépit

du bruit qui s'est fait ou se fera à ce propos, pas plus que Racine et le café, la vaccine ne passera : Jenner peut dormir en paix sur l'oreiller de son immortalité.

Sur les moyens propres à empêcher la transmission de la syphilis par la vaccination (1).

Par M. le docteur Diday.

Depuis les beaux travaux de M. Viennois, si étrangement passés sous silence dans la discussion académique récente, il est admis que la vaccine peut devenir une source de contagion dans deux cas bien distincts, savoir : 1° quand du vaccin pur a été inoculé à un enfant héréditairement syphilitique ; 2° quand du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique a été inoculé à un sujet sain. Dans ces deux circonstances, en effet, soit que du vaccin pur ait été inséré sur un sujet syphilitique, soit que du vaccin contenant un germe de syphilis ait été inséré sur un sujet sain, chez l'un et chez l'autre la pustule vaccinale, — si, imprudemment, l'on y puise pour vacciner un autre individu, — peut devenir pour celui-ci la cause d'une infection syphilitique.

Mais puisqu'il s'agit de faire avec les notions théoriques un plan de mesures préservatrices, cette division, quoique très-légitime, va faire place à une autre. Toute vaccination suppose deux sujets : le premier, à qui on emprunte le virus ; le second, à qui on l'inocule. C'est donc à l'un et à l'autre que doit s'étendre la surveillance du praticien. C'est à la fois sur le sujet *vaccinifère* et sur le sujet *à vacciner* que doit porter l'inspection médicale ; double examen corrélatif, des deux parties duquel nous allons apprécier l'importance relative et tracer les règles.

1° *Examen du sujet vaccinifère.* — L'utilité de cet examen n'a pas besoin d'être démontrée. Mais quant à l'exécution, il convient de se placer à deux points de vue également importants, quoique distincts. En effet :

A. *Premier cas.* Le sujet vaccinifère peut être un enfant héréditairement syphilitique. Dans ce cas, pour savoir s'il a la syphilis, il faut en chercher les signes moins dans l'aspect de la pustule vaccinale, où ils sont en général peu reconnaissables, que dans l'ha-

---

(1) Nous ne pouvons mieux compléter les lignes ci-dessus qu'en reproduisant l'article que le savant rédacteur de la *Gazette de Lyon* publie dans le numéro du 1er juin de son journal et dans lequel il indique les précautions à prendre pour se mettre à l'abri de ces infections accidentelles si regrettables.

bitus général de l'individu et sur les endroits où le virus localise de préférence ses jetées. Explorez la région ano-génitale, les commissures labiales, le cuir chevelu, le fond des plis que la peau forme en dedans des cuisses chez les enfants doués de quelque embonpoint. Allez plus loin : mettez à profit les récentes et précieuses recherches d'Hutchinson sur des indices moins pathognomoniques, mais, pour la circonstance, suffisamment révélateurs ; et éliminez, malgré la belle apparence de sa vaccine, tout enfant habituellement enchifrené, à dents incisives supérieures encochées sur le bord libre, ou dont l'épiderme palmaire et plantaire n'offrirait ni la résistance ni la coloration normales.

Il va sans dire que la défiance du médecin ne s'arrêtera pas devant des déclarations, des affirmations de santé, venant de la nourrice ou des parents. Il utilisera, au contraire, la présence de la nourrice, du père, de la mère, des frères et sœurs, des parents, des voisins, de tous ceux, en un mot, *de qui l'enfant peut avoir pris du mal ou à qui il a pu en donner*, pour deviner son état de santé spécial. Sans soumettre tous ces individus à une visite médicale en règle — qu'ils refuseraient, en général, — un coup d'œil sur leurs orifices buccaux, nasaux, palpébraux, sur la paume de leurs mains et leur cuir chevelu, puis le doigté spécial s'exerçant sans qu'ils s'en doutent sur leurs ganglions occipitaux et mastoïdiens, auront bien vite révélé au praticien expérimenté ce qu'il a à penser de leur santé, et, par suite, de celle de l'enfant sur lequel on se propose de recueillir du vaccin.

En somme, pour peu que non-seulement dans l'état actuel, mais encore dans les antécédents, soit du vaccinifère, soit de ses tenants et aboutissants, vous ayiez soupçonné la syphilis, n'emprnntez pas de vaccin à ce sujet.

B. *Deuxième cas.* Le sujet vaccinifère était pur de toute syphilis héréditaire. Il était sain au moment où on l'a vacciné. Mais le vaccin qui lui a été inoculé contenait un germe de syphilis.

Dans ce cas, c'est une lésion primitive, un chancre, qui se développera à l'endroit vacciné : et quoique une théorie m'affirme que le chancre, vu sa longue incubation, ne viendra à cet endroit qu'après que la pustule vaccinale en aura disparu, s'y sera cicatrisée, je ne me sens pas suffisamment rassuré. Je me demande si ce chancre qui existera dans deux ou trois jours, ne peut pas, avant de se manifester sous son aspect ulcéreux typique, avoir déjà doté de son pouvoir contagieux la sécrétion du bouton vaccinal auquel il va succéder sur place ? Et fort heureusement je trouve de quoi me mettre

en garde en même temps que de quoi m'effrayer, lorsque je lis, dans les observations de M. Lecoq, par exemple, que, dans un cas semblable, « *à partir du quatrième jour*, la marche de l'éruption vaccinale fut essentiellement irrégulière ; que, au lieu d'une pustule normale, on vit paraître une pustule non ombiliquée, se recouvrant promptement d'une croûte épaisse, etc. »

De ce second ordre de données, je tire deux conclusions prophylactiques : l'une, entièrement conforme aux principes émis par M. Viennois ; l'autre qui ne les enfreint que par excès de prudence :

1° Evitez de recueillir du liquide dans une pustule dont la période de suppuration, même sans offrir rien autre d'anormal, se prolongerait au delà du temps ordinaire ; il y a fort à craindre alors l'existence d'un chancre : *latet virus in aqua ;*

2° Evitez, à plus forte raison, de prendre du vaccin dans toute pustule dont l'aspect ou la marche offrirait quelque irrégularité.

3° *Examen du sujet à vacciner.* — Ce soin, au premier abord, paraît moins important à prendre que l'autre. « A quoi bon, se dit-on sans doute, vérifier l'état du sujet qui va être vacciné ? Alors même qu'il serait syphilitique, la vaccine ne peut avoir pour lui aucun inconvénient sérieux. »

Pour lui..., cela est possible, quoique restant à discuter (car le travail organique causé par la vaccine chez un enfant porteur d'un germe de syphilis, peut bien hâter chez lui l'éclosion des accidents, qui auraient été plus curables s'ils fussent venus plus tard). Mais ce n'est pas de l'enfant seul qu'il s'agit. Tout sujet vacciné est un foyer de contagion que vous lancez dans la circulation. Et si, outre le vaccin, sa pustule contient un germe de syphilis, ne frémissez-vous pas à la prévision des conséquences auxquelles vous exposez toute une famille, parfois toute une population, par le seul fait de cette vaccination imprudemment pratiquée ?

L'examen du sujet *qu'on va vacciner* est donc tout aussi nécessaire que celui du sujet *à qui l'on emprunte le vaccin.* Il ne faut jamais s'en dispenser. J'ajoute qu'il est plus facile que l'autre. Car cet examen, on peut y astreindre l'enfant ; ce qui souvent est impraticable dans le premier cas. En effet, les parents de l'enfant *à vacciner* demandent un service : le médecin est donc libre de poser ses conditions. Au contraire, quand des parents nous laissent prendre du vaccin sur leur enfant, c'est nous qui leur demandons un service ; et ils ne montrent que trop souvent combien ils comprennent l'avantage de leur situation.

Je rapporterai en deux mots un fait récent, qui m'a fortement fait

sentir l'importance de cet examen. Une femme de mes clientes, âgée de trente-six ans, syphilitique, avait eu un enfant que je traitai, trois mois après sa naissance, pour un érythème papuleux spécifique du dos et des cuisses, et pour des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Je le voyais à peu près tous les mois, et j'avais déjà constaté plusieurs récidives, qui étaient d'intensité décroissante.

Or, l'enfant étant arrivé à l'âge de dix mois, sa mère voulut le faire vacciner. Elle le porta, en conséquence, à l'hospice de la Charité, où il fut, en effet, vacciné le 7 mai 1863. Le vaccinateur lui recommanda formellement de rapporter cet enfant au bout de sept jours.

Cette femme me présenta de nouveau son enfant, le 19 mai ; et je constatai qu'il portait à l'anus une large plaque muqueuse, non pas seulement exulcérée mais ulcérée, ainsi que plusieurs autres plaques spécifiques sécrétantes aux plis des cuisses. — Ces symptômes, bien certainement, existaient et étaient très-visibles le jour où la vaccination fut pratiquée.

Or, cette femme, mue comme tant d'autres par un égoïste préjugé, n'était pas retournée à la Charité, de peur qu'on n'y prît du vaccin à son enfant ! Sans doute, si elle y avait été, aucun malheur n'aurait pu avoir lieu; car nos internes, ils me l'ont dit, ont la louable habitude d'examiner attentivement l'enfant sur lequel ils recueillent du vaccin. Et dans ce cas, il eût probablement suffi d'un simple coup d'œil sur la région pour reconnaître le danger ; car lorsque je vis les boutons, le douzième jour, ils étaient recouverts d'une croûte moins sèche, plus jaune, plus épaisse, et entourés d'une aréole plus foncée que cela n'est habituel à cette époque pour les boutons normaux [1].

Mais, dans d'autres cas, rien ou presque rien ne distingue le bouton vaccinal normal du bouton vaccinal éclos sur un enfant infecté, bouton qui, cependant, peut recéler à la fois le virus vaccin et le virus syphilitique. Un praticien, — et il n'en manque pas, — moins attentif, moins expérimenté que nos internes, n'aurait-il pas pu, voyant chez cet enfant une pustule d'assez belle apparence, y puiser, soit pour vacciner de bras à bras, soit pour remplir ses tubes ?

Aussi je le répète : l'examen du sujet *vaccinifère* est essentiel.

---

[1] Cette observation a été communiquée par moi, à la Société des sciences médicales de Lyon, le 21 mai.

Mais il peut avoir été omis; on peut vous refuser d'y procéder; enfin il peut n'avoir rien révélé, quoique la syphilis existât. N'oubliez donc jamais de le compléter par l'examen préalable du sujet *que vous allez vacciner.*

« Mais n'est-ce pas là outre-passer, me dira-t-on peut-être, les pouvoirs que la société donne aux médecins pour la protéger? L'intérêt de tous ne vous aveugle-t-il pas sur le véritable intérêt d'un seul? Le pauvre enfant syphilitique n'a-t-il pas le même *droit à la vaccine* que tous les autres? Et son droit ne s'augmente-t-il pas du besoin plus grand que son organisme, déjà si cruellement éprouvé, a d'être défendu contre l'invasion d'un nouveau mal? »

Je suis on ne peut plus sympathique, assurément, à ces vues philopédiques. Mais ici, fort heureusement, l'intérêt général peut se concilier avec l'intérêt particulier, *spécial.*

Ainsi, à quel âge vaut-il mieux, à quel âge recommande-t-on, en général, de vacciner les nouveau-nés?... Comme le vaccin *prend* moins bien sur les très-jeunes enfants; comme son insertion les expose à une réaction qui, à cet âge, peut n'être pas sans danger pour eux, l'accord entre les auteurs est, sur ce point, aujourd'hui à peu près unanime. C'est vers trois mois que les parents nous demandent, ce n'est guère que vers trois mois qu'ils nous permettraient de vacciner leurs enfants.

Eh bien! à quel âge se développe, chez les nouveau-nés, la syphilis héréditaire? Une statistique portant sur un chiffre assez élevé, sur 158 observations que j'ai empruntées à trente-deux auteurs différents (1), m'avait déjà éclairé à cet égard. Elle va me permettre de substituer une solution précise aux assertions contradictoires qui ont été échangées dans la séance du 19 mai de l'Académie de médecine.

Ainsi, sur 158 nouveau-nés portant le germe de la syphilis héréditaire, les accidents se sont déclarés :

Avant le troisième mois................. chez 146.
Après le troisième mois................. chez 12.

Ce résultat si tranché ne prouve pas, je l'accorde, que, après le troisième mois révolu sans accidents chez un enfant suspect, on soit autorisé à déclarer qu'il n'en aura certainement jamais. La sage défiance recommandée par l'autorité de mon maître et ami Ricord doit toujours présider au pronostic que les familles demandent au praticien de porter, et bien souvent lui demandent absolu. Mais mes

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854, p. 164.

chiffres montrent, tout au moins, que, si trois mois se passent sans accidents syphilitiques, il y a assez de probabilités de les voir manquer pour qu'on soit autorisé à vacciner l'enfant qui offre une telle garantie d'immunité.

Si cependant un enfant âgé de plus de trois mois a des symptômes de syphilis, faut-il, en vue d'un danger éventuel pour ceux qui l'approchent, le priver, lui, du bienfait de la vaccination ? En aucune manière. Seulement, le médecin multipliera tous les jours, sous toutes les formes, à tous les assistants, la recommandation expresse de ne pas emprunter de vaccin à ces pustules. Et, pour plus de sûreté, s'il entrevoit la moindre chance que ses prohibitions puissent être enfreintes, il détruira, le cinquième jour, les pustules au moyen du caustique; opération qui laisse bénéficier l'enfant de la préservation vaccinale, tout en mettant les personnes qui l'approchent à l'abri d'une contagion involontairement ou imprudemment réalisée.

En somme, voici les mesures de prophylaxie spéciale que je conseille (1) :

Examiner avec soin le sujet sur lequel on se propose de recueillir du vaccin. Cet examen doit porter sur ses pustules vaccinales et sur les régions de son corps où la syphilis a l'habitude de se manifester. Il doit aussi s'étendre soit aux parents de l'enfant, soit à tous ceux de qui il peut tenir, ou à qui il peut avoir donné la syphilis.

Eviter de recueillir du vaccin sur une pustule n'offrant pas l'aspect normal, ou dont la suppuration se serait prolongée au delà du dixième jour.

Examiner, de la même manière, la santé spéciale du sujet qu'on se propose de vacciner.

A moins d'indication pressante, ne pas vacciner les enfants avant le troisième mois révolu.

Lorsqu'on est obligé de vacciner un enfant syphilitique et qu'on peut craindre que la lymphe de ses pustules soit prise pour vacciner d'autres enfants, détruire par la cautérisation ces pustules, dès le cinquième jour.

---

(1) Quelques-unes de ces mesures pourraient être imposées par une réglementation spéciale de la part de l'administration, pour la vaccination pratiquée, soit dans les hôpitaux, soit par les médecins vaccinateurs commissionnés à cet effet. Quant à la clientèle particulière, divers mobiles, les uns propres aux parents, les autres aux médecins, garantissent suffisamment l'exactitude des précautions qui, en général, sont prises pour se soustraire aux chances de contagion.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

uelques réflexions pratiques sur les tumeurs et taches vasculaires et sur les nævi materni chez les enfants.

Par M. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Les tumeurs érectiles sont caractérisées par un développement anormal des vaisseaux capillaires sanguins, qui se présente sous forme de taches ou tumeurs. Ces taches et ces tumeurs se ressemblent par la prédominance des vaisseaux sanguins ; leur structure anatomique est la même, mais elles diffèrent de forme. Il en est qui se développent pendant la vie intra-utérine, d'autres apparaissent plus ou moins tard après la naissance, à l'occasion d'un coup, d'une longue compression ou bien sans cause appréciable.

Les *taches* siégent dans l'épaisseur de la peau, sur toutes les parties du corps indistinctement, souvent sur la face. Elles ne sont accompagnées d'aucune élévation, elles sont plates et ne font aucun relief ; elles sont pour la plupart congénitales, et souvent on a eu occasion d'en observer plusieurs chez des frères, des sœurs, et chez des enfants dont les arrière-parents avaient présenté ce genre d'affection.

Elles varient de forme, de nombre et de couleur, mais leur teinte est toujours plus ou moins foncée, rose ou rouge. Elles sont de nature veineuse, quelquefois diffuses, et plus souvent circonscrites. Elles s'effacent sous la pression du doigt, pour revenir dès qu'on le retire. Quelques-unes, et ce sont les moins foncées, les plus diffuses, disparaissent avec le temps, sans cause bien déterminée ; d'autres, devenant le siége d'une petite inflammation furonculeuse à leur centre, suppurent, se modifient, et laissent des cicatrices qui finissent par devenir quelquefois à peine visibles. Enfin, le plus grand nombre persistent, elles restent stationnaires, mais souvent aussi elles augmentent d'étendue, et tendent à envahir plus ou moins de la surface du tégument.

Les tumeurs érectiles sont situées au-dessous de la peau ; elles sont donc différentes des taches en ce qu'elles occupent le tissu cellulaire sous-jacent ; elles peuvent s'étendre aux couches plus profondes, aux muscles, aux tissus fibreux, enfin à toutes les parties molles.

Une petite malade, dont nous avons fait mouler la tête, qui est déposée au musée Dupuytren, portait d'énormes tumeurs érectiles,

non-seulement sur la face, mais encore dans les poumons et dans le foie. Tous les tissus, les os même, peuvent donc en être affectés.

Ces tumeurs sont comparables, pour leur structure, au tissu caverneux du pénis et à tous les organes érectiles. Elles sont composées do veines, d'artères et de cellules intermédiaires dans lesquelles ces vaisseaux s'abouchent; c'est un véritable tissu spongieux fibreux et aréolaire. Ainsi, vaisseaux capillaires artériels et veineux dilatés, communiquant ensemble et avec des cellules remplies de sang, voilà la composition anatomique de ces tumeurs. Nous sommes arrivé sous ce rapport aux mêmes résultats que J.-L. Petit et que Dupuytren, et les injections que nous avons pratiquées nous ont démontré qu'en général les vaisseaux veineux prédominaient sur les vaisseaux artériels, et cela pour les taches comme pour les tumeurs proprement dites. Les taches cependant sont plus spécialement composées de veines. Pour les tumeurs, il peut y avoir prédominance des artères sur les veines, ou développement égal des deux systèmes.

Ces tumeurs peuvent présenter des irrégularités très-grandes. Elles sont sessiles ou pédiculées; nous en avons observé qui ressemblaient à un champignon à plusieurs têtes. Il y en a de grosses comme un grain de millet et d'autres comme une noix et plus. On en trouve rarement une seule sur le même sujet; on peut en compter de une à huit, dix et plus. Vidal (de Cassis) en a vu jusqu'à neuf sur une seule épaule. La petite fille que nous avons citée plus haut en avait la face couverte.

Le développement et la marche de ces tumeurs offrent beaucoup de différences. Elles peuvent pendant des années s'accroître à peine et même rester stationnaires; tandis que d'autres fois, en plus ou moins de temps, elles peuvent couvrir toute une région.

Ce sont généralement, au début, de petites taches d'un rouge vermeil ou lie de vin, circulaires, quelquefois bien limitées. Il n'y a alors aucune élévation appréciable de la peau, mais le tissu cellulaire peut se développer graduellement et finit par former une saillie.

Ce développement s'observe tout d'abord dans les premiers mois qui suivent la naissance, ou bien il n'a lieu qu'au commencement de la puberté. Desault et Defrance ont vu chez des jeunes filles un écoulement de sang s'opérer périodiquement par la surface de ces tumeurs, et devenir une sorte de menstruation supplémentaire. D'autres chirurgiens ont fait de semblables observations.

C'est ordinairement au-dessous de la tache cutanée que se forme le noyau de la tumeur. Cette tumeur, d'abord d'un petit volume, circonscrite et mobile, semble se fixer par son fond et sa circonférence au moyen de prolongements qui ne sont pas toujours sensibles à l'extérieur, quoique rampant quelquefois au loin. La surface devient irrégulière, inégale comme celle de la crête de coq. La peau distendue s'amincit et prend une teinte violacée et brunâtre.

La tumeur peut rester sous-cutanée sans que la peau soit sensiblement colorée; il y en a d'autres qui commencent par les parties profondes et arrivent à la peau qu'elles soulèvent. Ces dernières sont molles, douces au toucher, cédant à la pression, quelquefois se réduisant en grande partie. Elles donnent une fluctuation plus obscure que celle des abcès, parce que le sang, pour passer d'un point à l'autre, traverse des cellules qui retardent son mouvement.

Les tumeurs veineuses ne présentent ni expansion, ni frémissement, ni battements ; mais, bien que ce ne soit pas l'ordinaire, on peut entendre dans les tumeurs artérielles un bruit particulier, une sorte de susurrus moins prononcé que dans l'anévrysme artérioso-veineux, mais sensible. On peut aussi percevoir avec la main des battements, des mouvements d'expansion, mais seulement lorsque la tumeur est volumineuse, ou en rapport avec une artère importante. Nous avons cru remarquer que les tumeurs de la région parotidienne étaient le plus souvent artérielles.

Le repos diminue la coloration et le volume des tumeurs érectiles; ils augmentent au contraire par les cris, les efforts musculaires, les exercices de toute sorte et même, chez les adultes, par les émotions morales.

Une gerçure par distension, un coup, une blessure, toute espèce de solution de continuité peut donner lieu à des hémorrhagies ou à des inflammations, qui ont amené quelquefois une guérison radicale.

Chez les très-jeunes enfants, ces tumeurs s'enflamment souvent on ne sait comment ; cela peut venir du frottement des langes dans l'emmaillottement. Une de nos petites malades, chez laquelle semblable accident s'était produit, a guéri après une cautérisation que nous avions faite avec le nitrate d'argent, pour arrêter le sang qui coulait.

On pourrait à la rigueur confondre ces tumeurs, surtout lorsquelles sont profondes, avec des tumeurs de toute autre nature; mais celles qu'on observe chez les enfants sont généralement faciles à reconnaître. Cependant nous avons présenté en 1845 à la Société

de chirurgie une pièce anatomique qui constatait une erreur de diagnostic extraordinaire. Une enfant portait dans l'angle interne de l'orbite droit une petite tumeur qui avait tous les caractères des tumeurs érectiles sous-cutanées. Plusieurs membres de la Société de chirurgie furent d'avis, avis partagé par nous, de traverser la tumeur par des sétons filiformes. Peu après cette opération, l'enfant fut prise d'accidents cérébraux auxquels elle succomba promptement.

L'autopsie a montré que cette tumeur était une encéphalocèle. La poche, du volume d'un pois, après avoir traversé la suture fronto-ethmoïdale venait faire saillie à l'angle interne de l'orbite ; elle était formée par une petite portion de la substance cérébrale enveloppée de ses membranes.

M. le professeur Moreau a rapporté un fait analogue. Un praticien qui a écrit sur la maladie dont il s'agit, a pris une tumeur parotidienne érectile pour un amas de ganglions. On peut donc éprouver, on le voit, des difficultés très-sérieuses dans le diagnostic de ces lésions.

Le pronostic de ces tumeurs varie selon la prédominance des éléments appartenant à l'un des systèmes veineux ou artériel, puis selon le tissu qu'elles envahissent ou la région où elles se développent. Ainsi, les premières sont moins graves que les secondes, et les tumeurs érectiles de l'orbite, celles des os, etc., seront évidemment plus dangereuses que celles qui ont leur siége dans d'autres parties.

Beaucoup de chirurgiens, Dupuytren en tête, n'admettent guère de guérison possible en dehors des moyens chirurgicaux. Sous ce rapport on est allé trop loin ; dans trois cas, le professeur Moreau fut d'avis que l'on n'opérât pas les enfants, chez lesquels Dupuytren avait regardé une intervention de l'art comme indispensable, et la nature détermina chez ces enfants une cure radicale.

Nous avons observé nous-même des cas analogues : le plus intéressant que nous puissions citer, est celui d'un jeune enfant qui portait plusieurs tumeurs érectiles sur la tête et une à la face. Cette dernière seule fut cautérisée ; celles de la tête s'enflammèrent alors, nous ne savons comment, et guérirent spontanément.

Traitement. Lorsque les taches ou les tumeurs ne prennent pas un développement rapide, comme la guérison spontanée peut se produire, ainsi que nous l'avons dit, on doit se borner à exercer une surveillance continue, tout en se tenant prêt à agir s'il y avait lieu.

Les procédés opératoires peuvent être ramenés à trois grandes méthodes : 1° empêcher le sang d'arriver à la partie malade ; 2° obli-

térer par l'inflammation les vaisseaux dilatés ; 3° opérer la destruction du tissu morbide ou l'enlever. Enfin, on peut rapporter à une quatrième méthode purement palliative quelques procédés qui ont pour but de modifier la coloration des tissus.

La première méthode comprend quatre procédés principaux : les topiques astringents ou réfrigérants, la compression, la ligature des artères, l'incision circulaire de la base de la tumeur.

A la deuxième méthode se rallient cinq procédés : la ponction avec broiement, la vaccination, le séton, les épingles (procédé de Lallemand), l'incision.

La troisième méthode comprend six procédés : la ligature, l'excision jointe à la ligature et à la suture, les caustiques, l'extirpation.

Enfin, la quatrième méthode, purement palliative et que l'on doit à M. Paul de Landau, consiste dans le tatouage des taches érectiles.

Toutes ces méthodes se trouvant décrites avec détail dans les auteurs classiques, nous parlerons seulement des moyens qui nous ont le mieux réussi à l'hôpital des Enfants.

Si la plupart des procédés que nous venons d'énumérer comptent des succès, ils ont aussi à enregistrer de bien tristes revers. Ainsi, nous avons bien guéri, au moyen de l'emploi d'environ cinquante sétons, une énorme tumeur de la région parotidienne chez une jeune fille que nous vîmes avec Vidal (de Cassis) et M. Velpeau, et pour laquelle on avait parlé de la ligature de la carotide. Mais, d'autre part, un de nos professeurs distingués perdit le petit-fils d'un des plus riches financiers du monde, après lui avoir passé un ou deux fils dans une petite tumeur érectile. Un érysipèle enleva promptement le petit malade.

Nous pourrions également rapporter un certain succès obtenu au moyen du mode de ligature formulé par M. Rigal (de Gaillac) (1), et pourtant nous avons perdu par ce procédé une petite fille qui portait une tumeur dans la région antérieure du cou.

Les plus brillants procédés chirurgicaux ont leurs revers : aussi nous nous efforçons de vulgariser ceux qui déterminent le moins d'accidents, alors même qu'ils produisent des guérisons beaucoup moins rapides. Fidèle à ce principe, nous nous sommes surtout servi, pour le traitement des tumeurs et des taches érectiles, du cautère actuel et des caustiques, moyens puissants que nous mettons en œuvre dans toutes les maladies chirurgicales où ils sont applicables.

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIV, p. 16 et 202.

Nous avons obtenu aussi d'excellents résultats de la vaccination dans les cas de taches spécialement, et beaucoup d'autres praticiens pourraient fournir un certain nombre d'observations venant confirmer l'efficacité de ce procédé.

Ainsi, en procédant par ordre, nous mettons en première ligne pour les taches, surtout lorsqu'elles sont peu étendues et peu épaisses, la vaccination, qui s'applique aux taches même un peu saillantes et aux tumeurs d'un très-petit volume. Il faut autant que possible ne faire les piqûres qu'autour du tissu morbide, qui, s'il était piqué, pourrait donner du sang en assez grande quantité pour entraîner le vaccin.

Après ce moyen, nous avons eu recours avec succès aux vésicatoires, dont on couvre la surface avec du perchlorure de fer. MM. Guillot et Thierry ont préconisé, et avec raison, cette manière de faire. On peut aussi, à l'aide de la petite seringue de Pravaz, injecter dans ces tumeurs une solution de perchlorure de fer.

Mais, lorsque les taches ont une certaine épaisseur, nous employons le caustique de Vienne dont nous n'avons eu qu'à nous louer. Nous en étendons une couche, dont l'épaisseur et la largeur doivent être en rapport avec les dimensions du tissu morbide. Il n'est pas nécessaire de couvrir jusqu'aux limites du mal; on irait jusqu'à 3 millimètres de la circonférence que ce serait suffisant, à cause de l'inflammation éliminatrice qui fera suppurer ce qui reste de tissu érectile. Que l'on ait affaire à une tache ou à une petite tumeur, cinq à six minutes d'application suffisent pour obtenir la destruction complète. L'effet instantané est l'écoulement d'un peu de sang qui traverse la couche du caustique, mais rarement en assez grande abondance pour l'entraîner et détruire son effet. S'il en était autrement, il faudrait enlever aussitôt la pâte de Vienne et arrêter l'hémorrhagie avec le perchlorure de fer ou au moyen de la compression.

Une seule application de caustique suffit le plus souvent; mais si cela était nécessaire on en ferait une seconde, et alors la couche en serait très-mince. Après chaque application, il faut couvrir l'escarre d'une petite rondelle d'agaric qui adhère à l'escarre et finit par tomber avec la partie cautérisée. La cicatrice se fait ensuite plus ou moins rapidement.

Le caustique de Vienne donne lieu à des cicatrices blanches, régulières, qui n'ont rien de désagréable à l'œil.

On peut y avoir recours dans le cas de tumeurs cutanées et même sous-cutanées, encore superficielles. Mais, parmi ces dernières, il

en est de très-profondes et de très-étendues, sur lesquelles il serait difficile ou dangereux d'appliquer un caustique ; c'est dans un cas de ce genre, la tumeur de la région parotidienne dont nous avons parlé plus haut, que nous fûmes obligé d'employer un si grand nombre de sétons.

Si des pulsations fortes, si un bruit vasculaire prononcé sont constatés, nous pensons qu'on devrait préférer la ligature du tronc artériel correspondant ; j'ai vu cependant, dans un cas, lier l'artère faciale pour une petite tumeur vasculaire et artérielle de la joue, et les battements sont revenus peu après. Si, au contraire, la souplesse de la tumeur, l'absence de mouvements, de bruit vasculaire, fait supposer que cette tumeur profonde appartient plus particulièrement à l'espèce variqueuse, les sétons pourraient être employés.

Mais le procédé qui nous sert le mieux et le plus souvent, c'est le cautère actuel. La plupart des auteurs considèrent pourtant les résultats du cautère actuel comme beaucoup plus graves que ceux du bistouri et conseillent d'en réserver l'emploi aux tumeurs trop étendues, trop confondues avec les tissus sains pour qu'il soit possible de les extirper, et à la destruction des débris du tissu morbide qui auraient échappé au bistouri. Nous sommes loin de partager cet avis.

Il est certain qu'une trop vaste destruction de tissu serait suivie d'une suppuration qui épuiserait et pourrait affaiblir nos petits malades : aussi avons-nous le soin de pratiquer notre procédé de manière à le rendre aussi inoffensif que possible. Notre but, à l'exemple de Carron du Villards et d'Aug. Bérard, qui en ont donné le conseil, est de modifier le tissu érectile plutôt que de le détruire.

Nous nous servons d'une aiguille d'acier ou de platine, de 2 à 3 centimètres de longueur, montée sur une boule métallique assez volumineuse pour nous permettre de faire plusieurs piqûres sans qu'il y ait une déperdition trop considérable de calorique.

Cette aiguille est chauffée à blanc et plongée vivement dans divers points de la tumeur ou de la tache (On peut également se servir avec le plus grand avantage du cautère électrique). Nous commençons, en général, par piquer la base de la tumeur ou le pourtour de la tache. Si l'aiguille n'est pas assez chauffée, l'on a un écoulement de sang à chaque piqûre, et l'inflammation des tissus est insuffisante. Il importe donc de ne pas commencer trop tôt son opération. Des compresses d'eau froide sont appliquées aussitôt sur la tumeur, et, lorsque la suppuration s'établit, si l'inflammation

semble prendre trop d'intensité, on a recours aux cataplasmes. Dans tous les cas, on finit par les pansements simples.

Il est rare que le tissu vasculaire soit modifié à tout jamais par une seule opération. Nous avons été obligé de pratiquer jusqu'à dix cautérisations, pour guérir radicalement une petite fille d'une tumeur érectile qui avait le volume d'une groseille et siégeait dans le grand angle de l'œil ; l'affection avait récidivé plusieurs fois. Nous avons dû cribler de piqûres, en sept à huit séances successives, le nez d'un autre enfant, qui était pour ainsi dire transformé en tissu érectile. Dans les cas de ce genre, nous mettons toujours un intervalle de huit jours, quinze jours, et même plus, entre chaque séance.

Quoi qu'il arrive, nous ne saurions trop recommander de surveiller, pendant un temps assez long, tous les petits opérés, même ceux qui semblent être plus complétement à l'abri d'une récidive. Si un point rouge se manifeste de nouveau, une seule piqûre suffit alors pour déterminer une guérison définitive.

Nous n'avons jamais vu survenir d'érysipèle à la suite de l'emploi de ce procédé, et nous n'avons perdu qu'un malade qui mourut de convulsions quatre à cinq jours après l'opération ; aussi ne pensons-nous pas que l'on puisse attribuer cet accident à notre mode de cautérisation.

Enfin, nous terminerons en rappelant que, dans ces derniers temps, on est revenu à la ligature métallique ; mais elle n'enlève pas toujours complétement les tumeurs et laisse du tissu vasculaire. Nous avons constaté, dernièrement encore, la supériorité de l'écraseur linéaire pour faire tomber des tumeurs sans hémorrhagie ; mais après l'emploi de ces deux moyens, nous avons vu survenir des récidives, il a fallu revenir à l'usage des caustiques.

Nous n'avons que peu de choses à dire sur les véritables nævi ou taches de naissance. Ces produits pigmentaires si variables, si irréguliers pour le volume et pour la forme, ne sont quelquefois que de simples petites taches circulaires appelées *signes*, plus ou moins foncées, glabres, ou donnant naissance à quelques poils ; on peut les détruire avec une application de caustique de Vienne, ou bien à l'aide d'une pointe de feu. D'autres, plus étendues, plus épaisses, en général, de couleur brune ou bistre, peuvent envahir tout un côté de la face, être couvertes de poils et ressembler alors à la peau de certains animaux. Elles ne sont pas susceptibles de s'accroître. On a tenté quelquefois le tatouage pour les faire disparaître, mais nous n'avons jamais cru devoir l'employer.

Un moyen qui nous a réussi dans un cas où le nævus était peu étendu, c'est l'application du caustique de Vienne. On peut, comme l'a fait M. Chassaignac, appliquer la pâte sur toute la surface du tissu qu'on veut détruire, si les dimensions en sont restreintes; dans le cas contraire, il faut employer le caustique à plusieurs reprises, successivement dans plusieurs points, en ayant la précaution, après chaque application, de recouvrir l'escarre d'un morceau d'agaric. On laissera tomber le tout ensemble, et, lorsque l'élimination de l'escarre aura eu lieu, on trouvera au-dessous une surface cicatrisée. Dans tous les cas, on ne fera de nouvelles applications de caustique que lorsque les premières auront entièrement produit leur effet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Coup d'œil sur les diverses formules pour la préparation de la décoction blanche.

Aux diverses remarques que le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà enregistrées sur le mode si variable adopté par certains pharmaciens pour la préparation de ce précieux médicament, nous ajoutons celle que M. Delioux présente, à son tour, dans son savant traité de la dysentérie.

Notre collaborateur débute par rappeler la *formule textuelle de Sydenham.*

Prenez corne de cerf et mie de pain blanc, de chacune deux onces ; faites-les bouillir dans trois livres d'eau de fontaine, que vous réduirez à deux ; édulcorez ensuite la liqueur, en ajoutant suffisante quantité de sucre.

Formule des hôpitaux de Paris, extraite du Formulaire de Bouchardat.

Corne de cerf calcinée.................	8 grammes.
Mie de pain blanc......................	24 grammes.
Comme arabique.........................	8 grammes.
Sirop de sucre.........................	60 grammes.
Eau distillée de cannelle..............	8 grammes.
Eau....................................	1000 grammes.

On trituré la corne de cerf dans un mortier de marbre ; on ajoute la mie de pain et l'on triture encore. On met le mélange sur le feu avec suffisante quantité d'eau ; on ajoute la gomme ; on fait bouillir une demi-heure, on passe, on ajoute le sirop et l'eau de cannelle.

Formule de Soubeiran, Traité de pharmacie.

Corne de cerf calcinée et porphyrisée.....	8 grammes.
Mie de pain blanc.....................	24 grammes.
Gomme arabique concassée.............	8 grammes.
Sucre..................................	32 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.................	16 grammes.
Eau commune..........................	Q. S.

On triture la corne de cerf dans un mortier de marbre pour la bien diviser; on ajoute la mie de pain, et l'on triture encore. On met le mélange sur le feu avec un peu plus d'un litre d'eau et la gomme; on fait bouillir pendant une demi-heure dans un vase couvert; on passe avec une légère expression à travers une étamine peu serrée. On fait dissoudre le sucre, et l'on aromatise avec l'eau de fleurs d'oranger. On doit obtenir un litre de boisson.

La formule donnée par Soubeiran est conforme à celle du Codex.

On voit donc que les formules de la *décoction blanche* sont variables; mais celles qui sont exécutées par la plupart des pharmaciens diffèrent bien plus qu'on ne le croit des formules modèles qui viennent d'être données. D'abord, on ne se sert pas aujourd'hui de la corne de cerf, et on lui substitue avec avantage le phosphate de chaux basique extrait des os calcinés; de plus, beaucoup de pharmaciens remplacent la mie de pain par la gomme arabique (20 ou 30 grammes), et obtiennent ainsi un produit moins épais et moins disposé à s'aigrir. Cette substitution ne devrait être faite qu'avec l'agrément du médecin, car il en résulte un médicament qui ne peut pas avoir absolument la même action thérapeutique que celui dans lequel entre la mie de pain. En effet, celle-ci, par l'acide qu'elle contient, dissout une partie du phosphate de chaux dont les particules rendues solubles doivent nécessairement avoir de l'influence sur les propriétés du remède. Avec de la mie de pain, la boisson est plus blanche, elle dépose moins facilement; elle est plus analeptique, ce qui ne peut pas nuire. Quant au passage de la boisson à l'aigre, il est aisé de prévenir cet inconvénient en la tenant au frais, et en n'en faisant préparer à la fois que la quantité qui doit être consommée dans une journée.

Je crois donc, en définitive, que, sauf la substitution du phosphate de chaux à la corne de cerf, on doit, pour la préparation de la décoction blanche, se conformer plutôt à la formule de Sydenham qu'à toute autre. Que l'on veuille bien remarquer que, dans celle-ci, les doses de mie de pain, et surtout du composé calcique, sont bien supérieures, et que des effets thérapeutiques bien plus efficaces doivent en être la suite.

M. Mialhe, tout en faisant un juste éloge de la décoction blanche de Sydenham, a proposé comme succédanée la préparation suivante, qui est digne de figurer dans ses formules rationnelles :

Mixture antidiarrhéique (Mialhe).

Corne de cerf calcinée et porphyrisée.....	10 grammes.
Gomme arabique pulvérisée............	20 grammes.
Sirop de sucre........................	80 grammes.
Eau de fleurs d'oranger................	40 grammes.

F. s. a. une mixture qui devra être agitée à chaque administration. Dose : une cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure, dans toutes les circonstances où la décoction blanche de Sydenham est indiquée (*Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*).

J'adopte volontiers cette préparation ; je demande seulement à ce qu'il soit bien spécifié que c'est le phosphate de chaux, et non la corne de cerf, qui sera employé.

Mode de préparation d'un citrate de magnésie toujours soluble.

Tous les procédés mis en pratique jusqu'à ce jour ont donné un sel entièrement soluble au moment de sa préparation, mais on n'est point parvenu à empêcher qu'il ne se fasse, entre les éléments du citrate, une réaction moléculaire qui le rend, au moins en partie, insoluble.

Le procédé suivant fournit à M. de Letter du citrate de magnésie complétement soluble dans l'eau froide, et qui conserve cette propriété indéfiniment. On prend :

Acide citrique......................	20 grammes.
Magnésie blanche....................	12 grammes.

On pulvérise d'abord l'acide et l'on y mélange intimement la magnésie. On abandonne le tout à la température ordinaire pendant quatre à cinq jours ou jusqu'à ce qu'il ne se manifeste plus de réaction, ce dont on peut s'assurer en projetant une petite portion du mélange dans l'eau ; on voit alors s'il n'y a presque plus dégagement d'acide carbonique. Pendant la réaction, la poudre se boursoufle, et prend peu à peu l'aspect d'une masse spongieuse. On dessèche celle-ci à une température d'environ 30 degrés, on pulvérise et l'on conserve la poudre dans des bocaux fermant exactement.

D'après M. de Letter, ce qui contribue, dans ce procédé, à conserver la solubilité du citrate, c'est l'absence de l'eau dans la pré-

paration, dont une trop grande quantité favorise le passage du sel à la variété insoluble. La lenteur avec laquelle s'opère la réaction due à ce défaut d'intervention directe de tout véhicule empêche l'élévation de la température, et c'est ce qu'on doit, avant tout, chercher à éviter dans la préparation du citrate de magnésie solide.

Sur une falsification du citrate de magnésie.

La publication du procédé de M. de Letter n'enlève pas toute opportunité au fait suivant : Comme maintes fois on était venu me demander pourquoi le citrate de magnésie vendu par les pharmacies anglaises de la capitale était parfaitement soluble, et en toutes proportions dans l'eau froide, tandis que celui livré par les pharmacies françaises exigeait souvent, pour être complétement dissous, que le liquide fût porté à l'ébullition ; enfin pourquoi le sel préparé en Angleterre fournissait toujours une boisson gazeuse très-agréable?

Sensible à ce reproche, et voulant me rendre compte de la différence du mode de préparation suivi dans les deux contrées, je me suis procuré un échantillon de la poudre vendue dans les pharmacies anglaises, et quel ne fut pas mon étonnement de la trouver composée de bicarbonate de soude et d'acide citrique.

Pour reconnaître le citrate de magnésie de bon aloi, il faut, pour éviter une manipulation longue et moins certaine, employer la calcination qui détruit l'acide organique ; on traite ensuite le culot qu'on obtient par l'eau rendue acide avec l'acide sulfurique, on filtre, puis on verse dans la solution et par petites portions, en agitant toujours, une dissolution aqueuse de carbonate de potasse ; s'il n'y a pas eu de substitution de base, il se forme à l'instant dans le mélange un trouble complet; le carbonate de magnésie apparaît dans le liquide sous forme gélatineuse ; si, au contraire, ce sel a été fait avec de la soude, il n'y aura aucun précipité.

Un mélange de bicarbonate de soude et d'acide citrique a-t-il la même action médicale qu'un citrate de magnésie fidèlement préparée? Nous n'avons pas mission de résoudre la question, nous dirons seulement que le citrate de magnésie, dont la formule va être inscrite au *Codex*, est d'un prix plus élevé que son prétendu congénère, et que dans les deux cas, il y a falsification ou substitution de la chose vendue.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de pseudarthrose de la cuisse traitée avec succès par les injections irritantes.

Tout le monde connaît les difficultés que présente le traitement des fractures non consolidées et les dangers qui accompagnent trop souvent l'application de quelques-unes des méthodes opératoires dont la chirurgie dispose pour combattre cet accident.

Ainsi la résection des fragments, leur abrasion ou leur grattage, leur perforation avec introduction de chevilles d'ivoire dans les deux bouts (Dieffenbach), leur rapprochement au moyen de ligatures métalliques ; la cautérisation combinée ou non à une incision préalable conduisant jusqu'au foyer de la fracture, l'introduction entre les fragments de la canule d'un très-gros trocart, dans laquelle on porte à plusieurs reprises un mandrin arrondi plongé dans l'eau bouillante (Mayor) ; le séton simple (Physick) ou formé par une anse métallique (Sommé, d'Anvers) ; la formation d'une manchette obtenue en décollant le périoste, et dans laquelle on invagine les deux ou l'un des bouts osseux (Jordan), représentent tout autant d'opérations périlleuses, d'une exécution difficile, et dont la gravité équivaut, à très-peu de chose près, à l'amputation du membre et aux autres grandes opérations de la chirurgie.

Il est vrai que l'art possède également quelques autres moyens moins dangereux et plus faciles à appliquer, tels que les irritants cutanés (vésicatoires, cautères, sinapismes, teinture d'iode, électricité), le frottement des fragments, la compression, l'acupuncture, l'électropuncture, l'irritation de la face externe du périoste à l'aide d'une mèche à séton mise en contact avec cette membrane (Jobert, de Lamballe), l'introduction d'un ténotome pointu entre les fragments (Blandin), la perforation sous-cutanée des extrémités osseuses au moyen d'un fin trocart (Brainard, de l'Illinois).

Mais, si l'on en excepte les trois dernières de ces méthodes sur lesquelles l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé, trop peu de faits ayant été publiés, et que l'on ne saurait considérer d'ailleurs comme entièrement innocentes [1], quoique toutes les trois soient parfaitement rationnelles, on peut dire sans la moindre hésitation que les autres ne possèdent qu'une efficacité fort restreinte.

[1] Chez le malade opéré par Blandin, il se produisit une inflammation phlegmoneuse dans l'épaisseur du membre, qui nécessita de larges contre-ouvertures. (*Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 559.)

On comprend donc qu'en face de pareils résultats, en présence de méthodes dangereuses ou peu efficaces, beaucoup de praticiens se décident difficilement à intervenir, et croient plus sage d'abandonner la maladie à elle-même, avec d'autant plus de raison surtout qu'une fausse articulation est exempte de tout danger et ne constitue guère en définitive qu'une simple infirmité.

La conclusion à tirer de tout ceci, c'est que la science n'a pas dit son dernier mot sur le meilleur mode de traitement des fausses articulations, et qu'il y a place évidemment pour de nouvelles tentatives.

Le procédé mis en usage dans l'observation suivante est basé, comme la plupart de ceux qui viennent d'être rappelés, sur l'inflammation artificielle du foyer de la fracture et des parties molles environnantes, en vue de déterminer l'exsudation d'un liquide ossifiable et une consolidation consécutive. Il s'en distingue toutefois par la facilité plus grande de la manœuvre opératoire et la simplicité de l'appareil instrumental, ce qui aurait pour résultat de mettre l'opération à la portée d'un plus grand nombre de médecins et pourrait contribuer puissamment à sa vulgarisation, si son utilité était une fois bien reconnue.

Quant à l'efficacité du moyen en lui-même, un seul fait, on le comprend, ne saurait permettre de l'apprécier en pleine connaissance de cause. Nous nous bornerons à dire que son innocuité a été complète dans les deux applications successives qui en ont été faites chez le même sujet, et qu'il a paru apporter un concours utile au travail réparateur de la nature.

Obs. Vincent R***, cultivateur, âgé de cinquante-trois ans, bien constitué, ne présentant aucun signe de vie diathésique, se fracture la cuisse le 12 octobre 1861, en tombant du haut d'une charrette et roulant ensuite avec elle dans un précipice.

La fracture occupe l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse droite. Elle est très-oblique, accompagnée d'un grand déplacement des fragments et d'un gonflement très-considérable des parties molles.

Le traitement employé pendant les quinze ou vingt premiers jours consiste dans la demi-flexion, le membre étant placé sur le plan incliné à crémaillère. Mais cette position ne maintenant pas les fragments dans une immobilité complète et favorisant le raccourcissement, le chirurgien chargé de la direction du traitement remplace la demi-flexion par l'appareil ordinaire des fractures de la cuisse avec attelles en bois et bandage de Scultet, suivi un peu plus tard de l'application d'un appareil inamovible.

Au moment où nous voyons le malade pour la première fois, le 1er janvier 1862, plus de deux mois et demi se sont écoulés depuis

l'accident. Il existe un raccourcissement de plus de 8 centimètres et une telle mobilité dans les rapports des deux fragments, qu'ils jouent l'un sur l'autre absolument comme s'il s'agissait d'une articulation normale. Le fragment supérieur fait une saillie très-prononcée sous les téguments en dehors et en avant de la cuisse; il s'allonge sous forme de pointe et chevauche sur l'inférieur, dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. A la partie interne et postérieure du membre, on sent le fragment inférieur, dont la forme paraît un peu plus arrondie que celle du fragment supérieur. Ces deux fragments sont complétement indépendants l'un de l'autre. Ils paraissent unis entre eux, d'une manière très-lâche, par des liens fibreux faibles et incomplets.

Notre premier soin en entreprenant le traitement est de chercher à remédier à l'énorme raccourcissement que présente la fracture. Dans ce but, nous avons recours à l'extension continue au moyen de l'attelle de Boyer. Malheureusement la rétraction des tissus fibreux et musculaires, jointe à l'extrême indocilité du sujet, ne nous permet de continuer l'extension que pendant huit à dix jours (le malade relâchant même l'appareil de temps à autre), de façon que nous ne parvenons pas à gagner plus de 3 à 4 centimètres.

Un appareil dextriné est alors appliqué autour du membre, depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, et laissé en place pendant quarante-huit jours; à la levée de cet appareil, nous constatons que la consolidation n'est pas plus avancée que le premier jour, et que les fragments sont tout aussi isolés et tout aussi mobiles. — Réapplication du même appareil, en ayant soin de le fenêtrer vis-à-vis de la fracture, afin de pouvoir combiner l'emploi des aiguilles à acupuncture avec l'immobilité prolongée. Une première application de huit aiguilles est faite le lendemain, en les espaçant de 1 ou 2 centimètres, et les portant profondément dans le foyer de la fracture et dans l'intervalle des fragments. Elles restent en place pendant quatre jours. Dix jours après, seconde application de douze aiguilles qui restent en place pendant cinq jours. Ces deux tentatives d'acupuncture ne déterminent aucun accident; mais à une nouvelle levée de l'appareil, le 22 mars, cinq mois dix jours après l'accident, les fragments sont trouvés aussi écartés et aussi mobiles que précédemment.

Un peu embarrassé sur les moyens à employer pour obtenir la consolidation et guérir la pseudarthrose, nous nous demandons s'il ne serait pas possible de tirer parti, en pareil cas, des injections irritantes.

Après un peu d'hésitation sur le choix de la substance à injecter, et après avoir songé successivement à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, à une solution de nitrate d'argent, à l'alcool, au vin chaud, etc., etc., nous nous décidons pour l'ammoniaque étendue d'eau, nous souvenant combien les brûlures occasionnées par ce liquide sont facilement suivies de l'adhésion des tissus et de la formation de brides inodulaires.

Quoi qu'il en soit de ces motifs de préférence, nous pratiquons le lendemain 23 mars, au moyen de la seringue Pravaz-Charrière,

une injection de 6 ou 7 gouttes d'un mélange d'eau et d'ammoniaque liquide, dans les proportions d'une partie d'ammoniaque à 20 degrés de l'aréomètre Cartier, pour deux parties d'eau distillée. Le trocart est porté profondément dans l'intervalle des fragments, vers le milieu de leur entre-croisement. La douleur qui accompagne cette petite opération est presque insignifiante. Dans le courant de la journée le malade accuse fort peu de souffrance ; il mange comme à son ordinaire, et dort aussi bien que de coutume pendant la nuit suivante. Le lendemain matin on n'observe pas de gonflement appréciable autour du point où l'injection a été faite ; il n'en existe pas davantage dans la profondeur du membre ; le malade assure en outre qu'il n'éprouve qu'une douleur presque insignifiante.

Enhardi par ce premier résultat et prévoyant l'insuffisance de cette injection pour le but proposé, nous nous décidons à réitérer l'opération de la veille, et pratiquons une seconde injection avec 20 gouttes du même mélange. Cette fois, le liquide est porté immédiatement en dessous et en arrière du fragment supérieur, au centre même du foyer de la fracture.

Au moment de l'opération, douleur légère. Dans le courant de la journée, douleur plus forte, avec sensation de chaleur et de bouillonnement dans la partie. La région correspondante se tuméfie un peu ; toutefois le malade reste complétement sans fièvre, et il continue son alimentation des jours précédents.

Le 27 mars, quatre jours après cette dernière injection, il n'existe presque plus de gonflement ni de douleur. Le membre est entouré d'un nouvel appareil dextriné.

Le 4 juin, l'appareil est enlevé. Nous constatons un grand changement dans l'état de la fracture : la consolidation, sans être encore complète, est déjà très-avancée ; les fragments ne sont plus mobiles l'un sur l'autre ; l'on ne peut plus plier la cuisse dans tous les sens ; il existe seulement une légère inflexion du membre au niveau de la fracture ; mais les fragments paraissent déjà unis par un cal fibreux. Les deux points où l'injection a été pratiquée, l'inférieur particulièrement, sont le siége d'une induration plus prononcée que dans les parties environnantes ; le cal paraît y occuper une plus large surface, et la solidité du membre être plus grande dans ces deux points que partout ailleurs. Réapplication de l'appareil dextriné.

Le 20 juillet, le membre est complétement solide. Toutefois, par précaution, il reste encore entouré d'un appareil inamovible.

Le 25 août, suppression définitive de l'appareil, qui est remplacé par un bandage roulé. A cette époque, la jambe et le pied sont œdématiés ; les mouvements articulaires, ceux du genou en particulier, sont gênés et douloureux ; la marche est encore impossible ; le malade commence à peine à appuyer la pointe du pied ; la cuisse, dans le point correspondant à la fracture, présente un cal très-volumineux et très-irrégulier, plus saillant en bas et au milieu, dans les deux points correspondants aux injections ; il existe un raccourcissement de près de 6 centimètres.

Depuis lors, l'œdème a disparu ; les mouvements articulaires se sont rétablis ; le cal a diminué de volume et offre plus de régula-

rité ; le malade ne conserve qu'une claudication très-prononcée, qu'il s'efforce de corriger à l'aide d'une chaussure à talon très-élevé; il marche facilement à l'aide d'un bâton.

On voit dans cette observation un cas de pseudarthrose très-grave, dont la cause peut être rapportée à un défaut de contention convenable des fragments, à leur écartement, et sans doute aussi à l'interposition de quelques fibres musculaires entre ces mêmes fragments, qui se trouve favorablement modifiée par deux injections irritantes faites dans le foyer de la fracture et dans l'intervalle des extrémités osseuses.

On remarquera, en effet, que la consolidation n'a commencé à s'effectuer qu'après les injections, et qu'elle a suivi immédiatement l'emploi de ce moyen. On remarquera, d'autre part, que le travail d'ossification, qui s'est traduit à l'extérieur par une légère tuméfaction inflammatoire et l'induration consécutive des tissus ambiants, a commencé tout autour des points où l'injection avait été pratiquée, preuve évidente, selon nous, qu'il a dû s'opérer là une exsudation de suc ossifiable, sous l'influence de l'irritation accidentelle provoquée par les injections, et cela non-seulement dans les parties molles extérieures à la fracture, mais encore dans le foyer même de cette dernière, dans le périoste entourant les fragments, et jusque dans les fibres musculaires interposées entre ces mêmes fragments.

Nous ne voulons pas dire par là que l'immobilité prolongée, qui a été associée aux injections, ait été complétement étrangère au résultat favorable. Nous croyons, au contraire, qu'une très-large part doit lui être faite à ce point de vue, et que, sans elle, les injections seraient probablement restées sans effet. Mais, d'un autre côté, on ne saurait accorder à l'immobilité tous les honneurs de la guérison, puisque ce même moyen, continué auparavant pendant cinq mois et demi et aidé même en dernier lieu par l'application des aiguilles à acupuncture, n'avait pas produit la moindre diminution dans la mobilité des deux fragments.

La conclusion logique à tirer de ce fait est donc : *que les injections irritantes peuvent offrir un certain degré d'utilité dans le traitement des pseudarthroses.*

Cet enseignement clinique a son importance, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi fâcheuse et d'une cure aussi difficile que celle qui nous occupe.

Nous avons indiqué plus haut les dangers que présentent toutes les méthodes dans lesquelles le foyer de la fracture est mis en communication directe avec l'air extérieur, telles que la résection, l'a-

brasion, la ligature des fragments, leur invagination dans une manchette périostique, le séton, la cautérisation, etc. Nous avons vu, d'autre part, que les méthodes plus simples, telles que la compression, le frottement des fragments, les irritants cutanés, l'acupuncture, l'électro-puncture, etc., jouissent d'une très-faible efficacité; en sorte qu'on ne saurait compter sur elles dans les formes graves des pseudarthroses, dans lesquelles les extrémités osseuses sont cicatrisées isolément au sein des parties molles, désunies, indépendantes l'une de l'autre et très-mobiles sous les téguments, le membre extrêmement raccourci, pendant et incapable de remplir ses fonctions, comme cela avait lieu chez notre malade, en un mot, dans la pseudarthrose libre ou flottante de M. Denucé [1].

Mais en dehors des dangers que présentent la résection, le séton et les autres méthodes basées sur la mise à découvert du foyer de la fracture, il y a encore une autre objection à leur adresser : c'est l'incertitude même de leur action.

Ainsi, sur 62 cas de pseudarthrose réunis dans le mémoire de Norris et traités par la résection, on voit 19 insuccès et 6 morts, à côté de 37 succès ; sur 72 cas traités par le séton, il y a 44 succès, 25 insuccès, 3 morts [2]. La proportion des insuccès est donc à elle seule de plus du tiers des opérés, sans compter les cas de mort : or, il faut bien se souvenir, ainsi que le fait observer très-judicieusement M. Malgaigne, que ces tableaux, formés d'observations publiées çà et là, n'accusent naturellement qu'une très-faible partie des échecs éprouvés.

La conséquence pratique de tout cela, c'est que toutes ces méthodes font courir aux malades des dangers très-sérieux, sans leur offrir en échange une grande somme de probabilités de guérison.

Le problème à résoudre dans cette circonstance nous semble devoir être posé un peu différemment : la maladie qu'il s'agit de guérir ne compromettant pas l'existence, le traitement devrait, avant tout, être sans danger. *Innocuité* et *efficacité*, tel nous paraît donc être le double but à atteindre dans le traitement des pseudarthroses.

La méthode des injections irritantes, dont nous venons de faire connaître un premier essai, est-elle capable d'obtenir ce résultat ? C'est aux faits ultérieurs à répondre. Tout ce qu'il nous semble permis d'en dire pour le moment, c'est qu'elle satisfait aux princi-

---

[1] Denucé, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 507 ; — Verneuil, *Gaz. hebd.*, t. X, p. 100.

[2] Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, t. Ier, p. 510 et 514.

pales indications du traitement, qui consistent à provoquer une inflammation ossifique dans l'intérieur d'une fausse articulation et dans son voisinage, sans faire communiquer le foyer de la fracture avec l'air atmosphérique, et en exposant aussi peu que possible à la suppuration consécutive, cause de tous les accidents.

En attendant que l'expérience, souverain juge en semblable matière, ait dit son dernier mot à ce sujet, nous avons cru devoir communiquer à la Société de chirurgie le résultat de notre tentative, afin d'appeler sur elle l'attention et le contrôle de nos éminents collègues. Nous remarquerons seulement, avant de terminer, qu'un grand nombre de liquides autres que l'ammoniaque pourraient être utilisés dans le même but, et que l'injection pourrait être pratiquée non-seulement sur des points différents de la pseudarthrose, ainsi que cela a été fait dans le cas actuel, mais encore sur des points opposés du membre, partout, en un mot, où le travail ostéogénique semblerait languir ou faire complétement défaut.

Bourguet (d'Aix).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau cas de chorée généralisée et très-intense guéri par l'emploi du chloroforme en inhalations. — A un point de vue purement pratique, l'on peut établir deux principales catégories de faits : ceux dans lesquels la chorée est plus ou moins partielle et de moyenne intensité, et ceux dans lesquels la maladie revêt ses caractères de généralisation et d'intensité les plus accentués. Pour les premiers, la science est aujourd'hui en possession d'une méthode de traitement d'une efficacité à peu près constante, grâce aux travaux récents, émanés surtout de la pratique de l'hôpital des Enfants-Malades, et dus plus particulièrement à MM. G. Sée, Blache, Bouvier. La perfection en quelque sorte de cette méthode paraît résider dans l'association des moyens toniques (fer, vin de quinquina, bains sulfureux) à la gymnastique. Mais il n'en est pas de même pour les cas, heureusement moins fréquents, de la deuxième espèce. Dans ceux-ci, en effet, l'intensité et la généralisation des phénomènes convulsifs placent tout d'abord le malade dans des conditions telles qu'elles rendent au moins très-difficile, sinon complétement irréalisable, l'application du traitement dont il vient d'être question. Il est vrai que la gymnastique dite passive, et qui consiste surtout en des attitudes imprimées successivement aux articula-

tions et en frictions générales et prolongées, paraît avoir exercé, en pareille occurrence, une influence favorable sur une agitation choréique extrême ; mais c'est à peine s'il existe un seul fait de ce genre dans la science. Cependant, ces cas de chorée intense réclament d'autant plus impérieusement l'intervention thérapeutique qu'ils réalisent souvent un véritable état d'imminence pour la vie même du malade, en compromettant quelques-unes de ses fonctions essentielles, la *nutrition*, par exemple, en l'absence même de toute complication. En effet, à part le manque absolu de repos engendré par l'incessante continuité des phénomènes choréiques, à part toutes les conséquences traumatiques plus ou moins graves, phlegmon, abcès, gangrène, amenés par des excoriations, la mastication et — ce qui est plus grave encore — la déglutition peuvent, par le fait même de ces phénomènes, être plus ou moins empêchées ; et il est facile de comprendre combien, par son existence seule, encore plus par sa durée, une pareille impossibilité est de nature à constituer une situation pleine de danger pour le malade. Or, parmi les moyens très-multipliés qui ont été ou sont dirigés contre les chorées particulièrement intenses, opium, strychnine, préparations de valériane et de zinc, tartre stibié, etc..., moyens qui, d'ailleurs, se disputent à peu près une part égale de succès et de revers, il en est un qui nous paraît avoir été un peu trop oublié : nous voulons parler du chloroforme en inhalations, d'après la méthode de M. le docteur Emile Géry, qui a fait de cette question une étude très-intéressante.

Déjà, en 1855, nous avons publié dans ce recueil (*Bulletin de Thérapeut.* du 15 avril, p. 321) l'observation d'une jeune fille choréique du service de M. Bouvier (Hôpital des Enfants), qui, se trouvant sous le coup des accidents extrêmes dont il vient d'être question, dut certainement son salut à l'emploi et aux effets du chloroforme. Parmi plusieurs autres faits semblables, nous choisissons le suivant, qui témoigne aussi de l'incontestable efficacité de ce moyen thérapeutique.

Obs. Fontaine (Arthur), âgé de onze ans et demi, est entré le 6 septembre 1862 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Paul, n° 26, service de M. Bouvier. Il est atteint de chorée depuis trois semaines environ, et celle-ci est arrivée rapidement à revêtir ses manifestations les plus généralisées et les plus intenses, que nous lui trouvons aujourd'hui. Il n'est, pour ainsi dire, aucune portion du système musculaire relevant de la volonté, qui, chez cet enfant, ne soit en mouvement d'une manière permanente. Les membres inférieurs se déjettent inconsidérément de tous côtés, heurtant tout

ce qu'ils rencontrent, d'où résulte l'impossibilité absolue, non-seulement de la marche, mais aussi de la station. De même pour les membres supérieurs qui se livrent aux gesticulations les plus bizarres, et sont, par cela même, incapables d'accomplir une seule de leurs fonctions. Des contractions involontaires et permanentes agitent également les muscles de la face et des yeux, et la font grimacer sans cesse. La parole est complétement impossible, et il n'y a pas jusqu'aux muscles du pharynx et autres qui président à la déglutition, qui ne soient sous l'empire de la névrose convulsive, car les aliments sont rejetés aussitôt que le malade essaye de les ingérer, et ce n'est qu'à grand'peine qu'il parvient à en faire arriver quelques parcelles jusqu'à l'estomac. Dans cet état, seul le décubitus dorsal est possible pour le malade, moyennant, toutefois, qu'il soit placé dans un lit approprié, dans lequel toute possibilité de chute et de blessure, toujours imminentes par le fait de la musculation irrésistible, soit prévenue ([1]). Il n'existe, du reste, aucun signe de complication du côté des centres nerveux. Mais l'enfant paraît très-affaibli, sans doute tant à cause de l'insuffisance de l'alimentation qu'il a dû subir depuis quelque temps qu'à cause de la fatigue qui résulte de son état incessant de musculation forcée et généralisée. Les premiers jours, l'on se contente de prescrire du vin de quinquina, 100 grammes, et une alimentation tonique, avec recommandation expresse de donner celle-ci, autant que possible, sous une forme liquide ou du moins peu consistante.

Le 10 septembre, aucune amélioration ne s'étant produite, l'on prescrit le chloroforme en inhalations jusqu'à produire le sommeil anesthésique. Ce jour même, le chloroforme est administré pour la première fois. L'enfant se montre très-réfractaire. On procède, d'ailleurs, avec les plus grandes précautions ; ce n'est qu'après des inhalations assez longtemps prolongées que l'on parvient à produire un sommeil à peu près complet, pendant lequel quelques mouvements involontaires persistent encore aux membres supérieurs.

Le 12, deuxième chloroformisation, après un jour d'intervalle. Celle-ci est beaucoup plus facile : un sommeil complet est assez rapidement obtenu. Pendant toute sa durée, que l'on se garde d'interrompre et qui est d'environ vingt-cinq minutes, tout mouvement choréique demeure complétement suspendu.

Le 14, après la troisième administration de chloroforme, l'on constate déjà une amélioration sensible dans l'état convulsif.

([1]) Tout le monde connaît le lit particulier à rebords élevés et matelassé qui, dans les hôpitaux, est destiné à de pareils malades.

Les jours suivants, le chloroforme continue à être administré une fois au moins par jour, quelquefois deux, matin et soir.

Le 18, l'amélioration est remarquable. A l'état de repos, les mouvements choréiques existent à peine ; ils ne se manifestent que lorsque l'enfant veut exécuter lui-même un mouvement quelconque. Toutefois, la parole est encore très-difficile.

Le 20, malgré l'état d'amélioration qui progresse et la facilité récupérée de la déglutition, qui permet une alimentation plus complète, le malade maigrit et présente un certain degré de faiblesse générale avec pâleur de la face et des muqueuses. Cet état semble devoir être attribué aux effets prolongés du chloroforme sur l'organisme. On le supprime ; le traitement tonique est seul continué.

Après une période stationnaire de quelques jours, sans aggravation, l'amélioration entre dans une phase de progrès rapide.

Le 1er octobre, les mouvements choréiques ne sont plus qu'à l'état de vestige. L'enfant parle très-bien. Il se lève et peut marcher. Toutefois, la marche est encore mal assurée et est traversée par quelques mouvements désordonnés des jambes.

Le 20, la volonté a complétement repris le dessus : tout est redevenu normal du côté de la motilité. L'enfant a repris des forces et même de l'embonpoint. On ne le garde encore dans les salles que par prudence.

Il quitte l'hôpital le 15 novembre, complétement guéri.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets de l'opium à haute dose dans un cas de gangrène spontanée. On connaît la méthode introduite par l'éminent chirurgien anglais Pott dans la thérapeutique de la gangrène spontanée des extrémités, et qui consiste dans l'administration de l'opium à haute dose. C'est à cette méthode qu'un chirurgien distingué de la marine, M. J. Launay, attribue la guérison dans trois cas qu'il a eu occasion d'observer, et dont un, rapporté avec détails, ne peut que paraître intéressant à nos lecteurs.

Un soldat d'infanterie de marine, âgé de vingt-trois ans, fort et bien constitué, embarqué à bord de *l'Entreprenante* dans des conditions d'encombrement rendues inévitables sans doute par les circonstances, se présente à la visite, le 18 janvier dernier, pour une collection purulente de 3 centimètres de large sur 8 de long, siégeant au bord externe du pied gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, et déterminant de très-vives douleurs. Cette collection est ponctionnée avec la lancette, et, le lendemain, l'épiderme excisé laisse voir la portion sous-jacente du derme mortifiée ; au pourtour, l'épiderme est peu adhérent et le derme exsangue dans une certaine étendue. Malgré un traitement tonique par le quinquina *intùs* et *extra*, la maladie continue à fuire des progrès le lendemain et les jours suivants : pouls faible et lent, face pâle ; nouvelle phlyctène à contenu séro-sanguinolent à la plante du pied ;

mortification plus prononcée encore de la portion dénudée ; gonflement du pied, qui est froid, livide, pâteux ; rougeur diffuse s'étendant à la jambe, puis tuméfaction de celle-ci jusqu'au milieu du mollet ; moitié antérieure des métatarsiens recouverte de tissus qui paraissent voués à l'élimination ; engorgement des ganglions inguinaux et large traînée de lymphatiques à la face interne de la cuisse ; de plus, phlyctène de la largeur d'une pièce de 1 franc à la base de la face dorsale du gros orteil du pied droit qui est gonflé à son tour. Tous ces symptômes, accompagnés de douleurs croissantes et de fourmillements, avaient marché si vite, que, dès le quatrième jour, le chirurgien craignait d'être obligé de sacrifier non plus seulement le pied, mais une plus grande partie du membre. C'est alors, le 21 janvier, que M. Launay commença le traitement par l'opium. Il fit prendre d'abord 0,05 centigr. d'extrait toutes les quatre heures, avec quantité égale de camphre ; en même temps, cataplasmes chauds largement laudanisés autour du pied, qui est soustrait au poids des couvertures. Dès la première dose, trois heures après, les douleurs et les fourmillements sont déjà moindres, et le pouls s'est relevé tant sous le rapport du nombre que sous celui de l'amplitude. Le lendemain amélioration considérable : grande diminution du gonflement des extrémités ; pied droit à l'état normal, sauf une mortification sous la phlyctène ; jambe gauche désenflée, et de ce côté tuméfaction bornée au pied ; suppuration louable. Sous l'influence de ce traitement, continué les jours suivants jusqu'au 28 janvier, mais à dose décroissante à partir du 25, le pouls et les forces se relèvent, ainsi que l'appétit ; les fonctions digestives s'accomplissent normalement, sans constipation ; le sommeil revient ; la douleur disparaît, ainsi que les fourmillements ; le volume des parties malades se réduit ; la lymphite vasculaire et ganglionnaire se résout ; la délimitation du mort et du vif se fait franchement, et à la dernière date qui vient d'être notée tout danger a disparu et le malade est en voie de guérison. Celle-ci toutefois se fit encore attendre assez longtemps, puisque la cicatrisation des plaies n'était pas complete le 13 février. Aucun autre moyen ne fut employé que des lotions sur les plaies avec une solution d'hypochlorite sodique. (*Union méd.*, 1863, n°65,)

De l'hémophilie et de son traitement. Sans vouloir insister sur la plupart des faits qui concernent cette maladie bizarre et que, nombre de fois déjà, le *Bulletin de Thérapeutique* a signalés à l'attention de ses lecteurs, il ne sera pas complétement indifférent, peut-être, avant d'aborder la question qui doit surtout nous préoccuper ici, celle du traitement, d'enregistrer quelques particularités nouvelles mises en lumière par M. le docteur Grandidier, de Kassel, dans un travail important qui vient d'être l'objet d'une analyse complète de la part de M. Fritz. Un premier fait au moins curieux, et qui ressort de renseignements positifs fournis par le docteur Vieli, c'est que dans le village de Rhaezuens, situé près de Tenna (Alpes Rhétiques), — l'hémophilie existe, en quelque sorte, à l'état endémique, car on y compte en moyenne quinze ou vingt habitants hémophiliques. En second lieu, il paraîtrait se manifester un accroissement progressif des sujets atteints d'hémophilie dans les familles où celle-ci existe à un degré plus ou moins avancé. Mais cette plus grande fréquence ne s'expliquerait-elle pas par la plus grande attention que l'on a apportée dans les derniers temps, à la recherche de l'hémophilie ? Enfin, d'après les relevés les plus complets, la prédisposition qui a été attribuée aux populations germaniques et anglo-germaniques paraît être réelle. L'Allemagne, en effet, revendique 48 pour 100 dans les faits publiés ; l'Angleterre 18 pour 100 ; la Suisse et l'Allemagne du nord 9 pour 100 ; la France 8 et demi pour 100. Dans un relevé de 256 faits, la fréquence relative des hémorrhagies est représenté par les chiffres suivants : Epistaxis, 122 ; hémorrhagies buccales, 54 ; hématémèses, 11 ; hémorrhagies intestinales, 33 ; urétrorrhagies, 13 ; hémoptysies, 15 ; par les organes génitaux de la femme, 10 ; par la pulpe des doigts, 4 ; etc.

Il n'est pas sans intérêt de signaler encore la coïncidence de *gonflements articulaires* et de douleurs pseudo-rhumatismales. C'est ainsi que dans une famille anglaise, de la clientèle de M. Hyde Salter, tous les enfants hémophiliques étaient sujets à des fièvres rhumatismales. Le docteur Vieli a observé plusieurs sujets chez lesquels se manifestaient de temps en temps des douleurs violentes qui les forçaient à s'aliter, puis cédaient en moyenne au bout de neuf jours, laissant à leur

place un gonflement considérable, accompagné parfois d'une coloration bleuâtre. D'après M. Grandidier, l'hémophilie serait très-fréquente chez les Israélites et les Mahométans. Il fait remarquer aussi que les familles décimées par l'hémophilie ont le privilège de compenser, en quelque sorte, cette chance d'extinction, par une remarquable fécondité. Sur 21 familles, on compte 204 enfants, soit 9,5 septièmes par famille, c'est-à-dire à peu près le double de la moyenne normale.

Quelque terrible que soit cette affection — et elle tire surtout sa gravité des prédispositions transmises et constitutionnelles qui la constituent essentiellement, — elle est loin cependant d'être au-dessus des ressources de l'art, ainsi que le démontrent des observations authentiques. Et d'abord, il est avéré qu'elle peut guérir spontanément; mais cela est rare. Quant aux indications auxquelles elle donne lieu, elles se résument dans les trois points suivants :

Prévenir les hémorrhagies; guérir la diathèse en dehors de ses accidents; combattre ceux-ci quands ils éclatent. Jadis recommandées pour combattre la suractivité de l'action cardiaque et la tendance aux fluxions chez les hémophiliques, les émissions sanguines modérées sont, à juste titre, abandonnées, car elles peuvent engendrer de graves inconvénients. Il est mieux de recourir à la digitale, à la médication vomitive, aux sels neutres, notamment et surtout au sulfate de soude, dont l'efficacité paraît avoir été confirmée par plusieurs faits récents, quel que soit d'ailleurs son mode d'action que l'on a cherché à expliquer par des hypothèses plus ou moins hasardées. Il est surtout indiqué au début, avant l'apparition des hémorrhagies, et alors que le sang contient probablement un excédant de globules rouges. Toutefois, il paraît avoir complétement échoué entre les mains de quelques médecins. Du reste, d'après M. Grandidier, le sulfate de magnésie peut rendre également des services dans les premières phases de la maladie. Dans le but d'augmenter l'énergie et la résistance des capillaires, on fera appel aux préparations toniques et astringentes, dont les plus utiles sont les ferrugineux et l'acétate de plomb. Le seigle ergoté et l'ergotine compteraient aussi quelques succès. Les vertus des eaux ferrugineuses de Schwalbach, depuis longtemps dévoilées par Stieglitz, sont également proclamées par MM. Heyfelder, Martin, Vieli et Grandidier. Ici se placent également les bains salins, les bains de mer, les lotions froides, les bains froids. Lorsque les hémorrhagies existent, faut-il recourir directement aux hémostatiques locaux? On pourrait y être sollicité par la gravité et la forme apparente de l'hémorrhagie locale; mais il faut bien se garder d'oublier, en pareil cas, la prédisposition générale, et ne pas s'exposer à provoquer des répercussions plus graves encore, comme des hémorrhagies internes, des convulsions, des accidents apoplectiformes. Aussi faut-il, avant tout et à moins d'urgence excessivo, mettre en jeu le traitement général. On a eu à se louer, en pareil cas, du seigle ergoté et de l'ergotine, donnés à dose élevée, et qu'il est souvent utile d'associer au sulfate de soude. Parmi les nombreux hémostatiques locaux, l'on n'a que l'embarras du choix, mais encore faut-il que celui-ci soit approprié aux susceptibilités individuelles et aux circonstances. Rien ne démontre d'une manière positive la supériorité du tannin et du perchlorure de fer, tant vanté dans ces derniers temps. La compression, quand elle peut être appliquée et supportée, est encore l'hémostatique par excellence. Disons enfin que la *transfusion* a sauvé un sujet près de succomber à une hémorrhagie consécutive à une myotomie oculaire. (*Schmidt's Jahrbuecher Bd* 117, et *Arch. génér. de médecine*, mai 1863.)

De l'omphalorrhagie et de l'hémophilie des nouveau-nés. Les manifestations de l'hémophilie chez les nouveau-nés ne diffèrent pas sensiblement des manifestations de la même maladie chez des sujets d'un âge plus avancé : la fréquence des hématomes et des ecchymoses est à peu près la même et tout le monde connaît les graves dangers qu'entraînent presque constamment la section des filets de la langue et la circoncision. Les relevés de M. Grandidier semblent démontrer qu'il est, au contraire, très-rare de voir la chute ou la section du cordon donner lieu à des hémorrhagies sérieuses C'est ainsi que, sur 512 cas, elles n'ont été observées que chez 14 individus; sept fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas, l'hémorrhagie s'est produite au moment où l'on coupait le cordon au-dessus d'une ligature fortement serrée. Chez les sept autres enfants, elle sur-

vint au moment de la chute du cordon, ou alors que la cicatrice ombilicale paraissait définitivement constituée. L'omphalorrhagie idiopathique se manifeste bien plus fréquemment dans certaines diathèses hémorrhagiques accidentelles ou transitoires, qui, tout en ayant quelques apparences de l'hémophilie, en diffèrent par plusieurs caractères essentiels. — Ainsi, l'omphalorrhagie spontanée paraît être principalement sous la dépendance d'une altération primitive du sang: elle s'accompagne souvent d'ictère et d'affections organiques du foie, ce qui n'a guère lieu pour l'hémophilie. La transmission héréditaire est bien plus rare dans l'omphalorrhagie, et la mère semble participer à la diathèse qui en est l'origine; de plus, on n'a pas observé, comme dans l'hémophilie, cette transmission pendant plusieurs générations. Enfin, la prédisposition en faveur du sexe mâle y est bien moins prononcée que dans l'hémophilie: 2 sur 1, au lieu de 11 sur 1.

Parmi les 202 enfants affectés d'omphalorrhagie, 35 ont guéri. Mais ici nous constatons une lacune regrettable: comment ont-ils guéri? Quels moyens thérapeutiques ont été mis en usage? C'est ce qui n'est pas dit, et, en vérité, cela en valait la peine, lorsqu'on songe à la fatalité de ces hémorrhagies au fragile début de la vie. Le *Bulletin* a déjà abordé plusieurs fois l'étude importante du traitement à opposer à ces écoulements de sang par le cordon; nous renvoyons nos lecteurs aux articles qu'il a publiés sur ce sujet. (*Schmit'ds.* etc., *loc. cit.*, et *Arch. génér. de médecine*, mai 1863.)

Rapports de poids des nouveau-nés dans les dix premiers jours de leur naissance; conclusions à en tirer relativement au mode d'alimentation. Chargé par le professeur Martin de soumettre à de nouvelles recherches les résultats d'Ed. Siebold, le docteur Winckel a cru devoir peser tous les enfants, non, comme lui, tous les deux jours, mais chaque jour, et noter toutes les particularités qui se rattachaient à la mère et à l'enfant. Dans le compte rendu de ces recherches, présenté à la Société gynaecologique de Berlin, nous voyons que 100 enfants, dont 7 non à terme, et 93 à terme, ces derniers nourris, 78 par leur mère, et 15 avec du lait de vache, perdirent tous indifféremment le même poids, soit environ 12 à 14 loth (mesure qui équivaut à un peu plus de 15 grammes), dans les deux à trois premiers jours qui suivirent la naissance; que, par conséquent, à cette époque, il n'y a qu'une différence insignifiante dans la perte de poids subie par les enfants, à terme ou non, nourris avec du lait de femme ou du lait de vache. Mais les conditions changent après le troisième jour. Tandis, en effet, que chez les 78 enfants nourris par leur mère, le docteur Winckel trouva de suite, après la cessation de la perte, une augmentation de poids rapidement croissante; chez les 15 nourris avec du lait de vache, au contraire, cette augmentation n'eut pas lieu, en sorte que *tous ces 15 enfants étaient encore sensiblement plus légers le dixième jour que lors de la naissance, et aucun ne montrait une tendance à augmenter*. Depuis la présentation de ce compte rendu, neuf autres observations d'enfants nourris avec du lait de vache sont venues confirmer ce résultat.

Certes, la plupart des médecins — et nous disons la plupart parce qu'il en est quelques-uns qui se montrent parfois trop faciles sur cette question — les médecins, disons-nous, savent parfaitement que l'allaitement artificiel est loin de valoir l'allaitement maternel ou par une nourrice, et les résultats qui précèdent n'ajouteront rien à leurs convictions à cet égard. Mais exprimées ainsi par des chiffres, avec une rigueur en quelque sorte mathématique, ces données sont de nature à frapper davantage l'attention et à accroître la conviction, s'il en était besoin. Voilà pourquoi nous avons inséré cette note. (*Monatsschrift für gerburtskunde and frauenkr.*, juin 1862.)

De l'action physiologique du tartre stibié. L'utilité de l'expérimentation physiologique appliquée à l'étude de l'action des médicaments, et le bénéfice qu'en peut retirer la thérapeutique, ne sauraient être contestés, surtout après les belles acquisitions faites à ce sujet, dans les derniers temps. Pénétré de cette vérité, M. le docteur G. Pécholier qui, dans un mémoire publié l'an dernier et dont nous avons rendu compte, s'était livré expérimentalement à une étude intéressante de l'action de l'Ipécacuanha, vient de faire connaître le résultat de nouvelles recherches entreprises dans le but d'éclairer celle du

tartre stibié. Le rôle immense joué par l'émétique, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue purement pratique, confère à ces recherches un intérêt tout particulier. Il ne faudrait pas cependant leur accorder une importance exagérée, et, sur le terrain de l'application et des déductions, elles commandent certaines réserves auxquelles il est impossible de se soustraire, toutes les fois qu'il s'agit de transporter à l'organisme humain des phénomènes observés chez les animaux. C'est là, du reste, ce qu'a très-bien compris l'auteur lui-même, et qu'il a parfaitement exprimé dans les termes qui suivent : « Les résultats de ces expériences ont besoin, pour être définitivement acquis à la thérapeutique humaine, de la sanction de la clinique; je ne crois pas plus aujourd'hui qu'hier, qu'on puisse conclure infailliblement de ce qui se passe chez un animal sain à ce qui se passera chez un animal malade, ni de ce qui se passe chez un animal à ce qui se passera chez l'homme. Les études de ce genre ne donnent qu'un premier degré de probabilité, qu'il faut confirmer ou infirmer au lit du malade. »

Quoi qu'il en soit, voici le résumé des conclusions de ce travail, qui repose sur dix-huit expériences :

1° Le tartre stibié n'a pas toujours exercé une action *contro-stimulante* sur les animaux auxquels il a été administré. L'action dépressive sur la circulation, la respiration et l'innervation, est bien l'effet le plus saillant, mais non l'effet constant de cette substance.

2° Dans une première période, sous l'influence de doses de 1, 2, 3, 5, 10, 20 et 40 centigrammes de tartre stibié, il a été constaté, durant dix à vingt minutes, une augmentation d'une dizaine de pulsations et de respirations par minute et un peu d'excitation nerveuse. Ces phénomènes sont attribués par l'auteur à la frayeur de l'animal et surtout aux efforts de vomissement; et en effet, cette période a complétement manqué lorsque la dose ayant été de 1 à 2 grammes, il n'y a eu aucun effort de vomissement.

3° Pendant la seconde période, qui n'a jamais manqué, et qui a duré, en moyenne, trois ou quatre heures, on a observé d'une manière plus ou moins prononcée, suivant la dose employée : *a*, le ralentissement du pouls (20 à 25 pulsations en moyenne, pour des doses de 5 à 10 centigrammes; — il a été de plus de 100 pour une dose de 1 gramme) ; *b*, la diminution du nombre des mouvements respiratoires, proportionnelle à celle des pulsations; *c*, l'abaissement de la chaleur animale, surtout dans les organes extérieurs maximum; *d*, enfin, un collapsus évident dans les fonctions du système nerveux.

4° Pendant une troisième période, nommée période de réaction, il s'est manifesté une réaction fébrile dont les conséquences ont été habituellement mortelles, et qui a paru liée à des irritations et à des congestions organiques constatées à l'autopsie. Cette période a manqué quand les doses ingérées ont été trop faibles (au-dessous de 5 centigrammes), ou trop fortes (1 gramme). Dans le premier cas, en effet, après une perturbation passagère, tout est rentré dans l'ordre. Dans le second cas, la mort est survenue directement par le progrès de la prostration.

5° L'affaiblissement de l'innervation s'est manifesté surtout du côté des nerfs sensitifs; la motricité nerveuse et la contractilité musculaire ont été mieux conservées, quoique très-amoindries.

6° A l'autopsie des animaux morts empoisonnés ou sacrifiés pendant l'émétisation, on a constaté *l'action irritante* du tartre stibié soit sur les organes avec lesquels il entre immédiatement en contact, soit sur ceux qu'il atteint après son absorption, et lorsqu'il est mélangé au sang. Ainsi, *injection primitive* de l'estomac et de l'intestin; injection secondaire, variable dans son existence et son intensité, du foie, des reins, du cerveau, et *même des poumons*. L'antimoine a été retrouvé dans le foie. On a également constaté dans cet organe la présence du sucre normal. — Vessie ordinairement vide. Sang toujours diffluent, lorsque de fortes doses avaient été administrées.

7° En comparant l'action contro-stimulante de l'ipécacuanha avec celle du tartre stibié, on note entre ces deux médicaments des différences très-importantes. L'hyposthénisation, due au premier, atteint vite son maximum, menace très-promptement la vie, mais elle décroît avec une aussi grande rapidité, et ne donne pas lieu à cette période réactive si dangereuse quand on emploie le tartre stibié. — L'action de celui-ci, au contraire, est plus lente, plus profonde, plus durable, et devient progressivement et presque nécessairement mortelle dès qu'un cer-

tain point a été dépassé. Chez les animaux soumis à l'influence de l'ipécacuanha, n'ont pas été trouvées ni la diffluence du sang, ni les irritations organiques nombreuses, et spécialement l'hyerémie pulmonaire, que le tarire stibié a manifestement produites. — En revanche, le sel d'antimoine ne détruit pas la fonction glycogénique du foie, comme la racine du Brésil, et abolit moins sûrement qu'elle l'activité des nerfs sensitifs. (*Montpellier médical*, avril 1863.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouveaux faits concernant l'utilité des bains d'oxygène dans les cas de gangrène sénile. L'annonce de ce moyen a naturellement éveillé l'attention des praticiens, et M. Laugier a reçu de divers côtés des renseignements plus ou moins favorables à son emploi, suivant le degré et les circonstances de la maladie. Ce chirurgien vient de transmettre à l'Académie deux faits qui n'ont pas été recueillis par lui, et qui semblent propres à prouver l'efficacité de ce nouveau traitement.

Voici ce que lui écrivait M. le docteur Debouges, au sujet d'un malade pour lequel il avait consulté M. Laugier, et auquel, d'après ses indications, il avait administré les bains d'oxygène pour une gangrène du pied:

« Je pense vous être agréable en vous faisant en quelque sorte assister à la résurrection de mon malheureux malade ; si je ne m'abuse, si le mieux continue, il est sauvé: la grande escarre du coude-pied est tombée dimanche dernier, huit jours après le premier bain d'oxygène, laissant une plaie d'un assez mauvais caractère, mais dont l'aspect est beaucoup meilleur aujourd'hui; le gros orteil sphacelé s'ébranle de plus en plus; les douleurs sont infiniment moindres, et pourtant le malade ne prend plus d'opium depuis le troisième bain oxygéné; la tuméfaction diminue, la couleur livide est remplacée par une couleur rosée, l'état général présente une grande amélioration ; cet homme, qui s'épuisait de jour en jour, semble reprendre vie : tout va donc pour le mieux, etc. » — On retrouve dans l'observation de M. Debouges les phénomènes observés dans les expériences de M. Laugier, à savoir: la diminution des douleurs, de la tuméfaction, la substitution de la couleur rosée à la teinte livide des parties menacées de gangrène, enfin l'amélioration progressive.

M. Breuning, âgé de trente cinq ans, notaire à Plieningen, près de Stuttgard (Wurtemberg), était déjà depuis un an attaqué de la gangrène sénile au pied droit; tous les orteils avaient perdu la dernière phalange, celle qui porte l'ongle ; mais la gangrène s'était bornée d'elle-même, et la cicatrisation des plaies était en bonne voie, lorsque le pied gauche fut attaqué à son tour. Le premier et le second orteil, dans le mois de juillet 1862, ont pris, comme l'écrit le malade lui-même, un air suspect; ils étaient légèrement gonflés et offraient une couleur rouge-bleue ; il y avait aussi des douleurs. Ce fut alors que M. Breuning, qui avait consulté M. Laugier sur l'emploi des bains d'oxygène, en fit usage ; il rend compte du résultat dans les termes suivants : « Nous nous sommes donc servi et nous nous servons à présent encore de *votre* oxygène, et nous croyons pouvoir dire que le mal s'arrête et *se retire* (*sic*). Une ampoule s'est formée à l'orteil, nous l'avons ouverte avec une aiguille (écoulement de sérosité) ; depuis, la douleur a commencé à cesser et l'orteil paraît devenir bon. Le deuxième orteil a commencé à former deux petites ampoules, dont nous espérons le même succès. » On voit, à n'en pouvoir douter, qu'à dater de l'emploi de l'oxygène *la douleur cesse* et l'aspect des orteils *devient bon*. Quant aux phlyctènes, que M. Breuning note comme un bon signe, d'heureux augure et comme un résultat de l'oxygène, M. Laugier dit n'avoir pas eu occasion de les voir se développer dans ses expériences, qui ne sont pas, il est vrai, encore nombreuses. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, mai 1863.)

Sur un signe nouveau et pathognomonique de l'hydropneumothorax. M. Morel-Lavallée lit une note dont nous publions le passage suivant :

« Le bruit de moulin est un signe nouveau et pathognomonique de l'hydropneumothorax. C'est un bruit hydro-aérique. Tantôt il est intermittent et coïncide avec la con-

traction des ventricules; tantôt il est continu, avec redoublement au moment de la contraction ventriculaire. Il rappelle, par sa régularité comme par sa nature, le bruit d'une roue hydraulique dont les aubes battent successivement l'air avec l'eau, à intervalles égaux. Il s'entend à distance; son maximum est à la région cardiaque. Chez les deux blessés où nous l'avons observé, il s'entendait dans le décubitus dorsal. Ce sera peut-être la règle; car, dans le seul cas où l'état du malade ait permis de chercher ce bruit dans la position assise, nous ne l'avons plus retrouvé ni en avant ni en arrière. La durée de ce bruit n'a été que de quelques heures chez le premier blessé; elle a été de trois jours chez le second. L'existence de l'air dans la plèvre était démontrée, dans un cas, par la présence d'un emphysème sous-cutané.

« Le bruit de moulin est produit par le cœur qui, pendant ses contractions, bat l'air avec le liquide... Le cœur détermine le bruit de moulin, dont le siége est en dehors du péricarde, comme il détermine de même le bruit de frottement dans la plèvre. »

M. Morel-Lavallée pense qu'on pourra rencontrer ce bruit chez les phthisiques. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, mai 1863.)

Sur une modification physiologique qui se produit dans le nerf lingual par suite de l'abolition temporaire de la motricité dans le nerf hypoglosse du même côté. MM. Philippeaux et Vulpian ont montré déjà par des expériences variées que les nerfs dont les relations avec le centre nerveux ont été détruites, se régénèrent après s'être altérées profondément dans toute leur partie périphérique, et recouvrent les propriétés physiologiques qu'ils avaient perdues. Le nerf hypoglosse a été un des nerfs que ces sagaces expérimentateurs ont surtout mis en expérience, en tirant du crâne, par avulsion, sa portion centrale avec ses racines, et en excisant toute cette portion, de façon à empêcher complétement le rétablissement des connexions de ce nerf avec le centre nerveux.

Leurs expériences ont démontré de plus que, lorsque le nerf hypoglosse est privé de ses connexions avec le centre nerveux, il se fait dans les extrémités périphériques du nerf lingual du même côté une modification qui établit entre ces extrémités et les fibres musculaires de la langue une relation physiologique qui n'existe point dans l'état normal. En résumé, pour ne parler que de la conséquence immédiate de ces expériences, elles démontrent qu'en anéantissant pendant un certain temps les propriétés physiologiques du nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue, le nerf lingual, nerf sensitif de cet organe, acquiert la propriété motrice qu'il n'avait point auparavant. Ce sont des expériences qu'il faut nécessairement étendre à d'autres nerfs avant d'en généraliser le résultat; mais tel qu'il est, ce résultat nous paraît mériter l'attention des physiologistes. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, mai 1863.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LES RESSOURCES DE LA PROTHÈSE DANS LES CAS D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONGÉNITAL DES MEMBRES ABDOMINAUX ET SPÉCIALEMENT DE L'UN D'EUX (1),

Luc à la Société de chirurgie par M. DEBOUT.

Ectromélie.

Enfin arrivent les cas dans lesquels l'anomalie atteint son summum de développement, et qui se trouve caractérisée par l'absence complète, ou presque complète, d'un ou de plusieurs membres. Ce genre, auquel Is. Geoffroy-Saint-Hilaire a donné le nom de *ectromélie* (ἐκτρώω, je fais avorter, et μέλος,

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 328.

membre) est plus grave, plus opposée aux conditions de l'ordre normal que les deux groupes précédents. Suivant cet auteur, l'ectromélie est beaucoup moins rare que la phocomélie et l'hémimélie : « Il suffit, en effet, dit-il, de parcourir quelques recueils de faits tératologiques pour reconnaître que parmi les monstres, comme parmi les êtres normaux, l'absence des membres se présente plus fréquemment à l'observation que l'existence d'une de leur moitié seulement. »

Ce grand nombre de cas rassemblés dans les annales de la science ne tient-il pas surtout à l'intérêt tout particulier que les observateurs attachent aux anomalies les plus considérables, et qui les a conduits à ne laisser inaperçu aucun fait d'ectromélie? Dans notre enquête, les résultats ont été inverses; tandis que nous avons pu recueillir 12 exemples inédits de phocomélie et 15 d'hémimélie (1), nous avons constaté seulement 5 faits nouveaux d'ectromélie.


Fig. 26. — Figure d'un homme né sans bras.

« L'ectromélie, comme la phocomélie et l'hémimélie, présente des différences assez remarquables, suivant le nombre des membres qu'elle affecte à la fois, et suivant que l'avortement a été plus ou moins complet.

« Les différences relatives aux membres affectés sont assez nombreuses et doivent d'abord fixer notre attention.

« Les cas dans lesquels les deux membres thoraciques sont affectés à la fois d'ectromélie, ou, d'une manière abrégée, les cas d'ectromélie bithoracique sont les plus communs de tous. »

Is. Geoffroy cite en note les faits assez nombreux consignés dans les annales de la science. Il suffit au but que nous poursuivons d'en rappeler quelques-uns. Un des plus anciens est celui cité par Amb. Paré ; le voici, ainsi que la gravure qui l'accompagne.

(1) Dans la partie de notre enquête que nous publions, nous avons dû négliger tous les cas d'hémimélie thoracique, puisque notre but principal était de mettre en relief les ressources de la prothèse, en face des mutilations congénitales du membre inférieur. Nous nous proposons de revenir prochainement sur les formes diverses de l'arrêt de développement congénital du bras, ainsi que sur l'étendue du secours que les appareils mécaniques offrent aux individus affectés de ces sortes de vices de conformation.

« On a veu depuis quelque temps en çà, à Paris, vn homme sans bras, aagé de quarante ans ou euuiron, fort et robuste, lequel faisoit presque toutes les actions qu'vn autre pouuoit faire de ses mains : à sçauoir auec son moignon d'espaule et la teste, ruoit vne coignée contre vne pièce de bois aussi ferme qu'vn autre homme eust sceu faire avec ses bras. Pareillement faisoit cliqueter vn fouët de chartier, et faisoit plusieurs autres actions : et auec ses pieds mangeoit, beuuoit et iouoit aux cartes et aux dez, ce qui t'est demonstré par ce portrait (fig 26). A la fin fut larron, voleur et meurtrier, et exécuté en Gueldre, à sçauoir pendu, puis mis sur la roue (1). »

Amb. Paré ajoute : « Semblablement, de récente mémoire, on a veu à Paris vne femme sans bras, qui tailloit et cousoit, et faisoit plusieurs autres actions. »

Le plus grand nombre des cas d'ectromélie bithoracique qui se sont produits depuis le seizième siècle ont été recueillis, cela beaucoup moins en raison des modifications anatomiques qui les caractérisaient, que comme exemples curieux des services que ces individus étaient parvenus à retirer de leurs pieds. En effet, sous l'influence d'un long et incessant exercice, les sujets affectés d'arrêt de développement de leurs membres supérieurs parviennent à réparer les vices de leur organisation, et finissent par trouver dans l'usage de leur pied un organe de préhension presque non moins efficace que la main.

Moins que personne, nous pouvons récuser les récits merveilleux consignés dans certains ouvrages, car nous avons tous connu un peintre de talent, né sans bras, et qui suppléait à leur absence par l'emploi de ses membres inférieurs, eux-mêmes incomplétement développés. Notre collègue, M. Giraldès, médecin de Ducornet, a eu mainte fois l'occasion d'examiner la conformation des membres inférieurs de son client, et m'a confirmé dans l'opinion où j'étais de l'existence d'une phocomélie bi-abdominale. Le peu d'élévation de la taille du sujet ne laissait aucun doute sur l'existence d'une anomalie des membres inférieurs, et la présence des pieds permettait d'en spécifier la nature.

L'ectromélie unithoracique est plus rare que l'ectromélie bithoracique, surtout chez l'homme, où même, d'après Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, on en connaît à peine quelques cas. En voici un, complétement inédit, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Jarjavay, et qui présente la réunion de la plupart des anomalies congénitales qui peuvent affecter les membres : l'ectromélie et la phocomélie thoraciques, et des pieds bots avec arrêt de développement du fémur droit.

Le sujet de cette observation est une fille d'environ vingt-neuf ans, née dans le département des Basses-Pyrénées ; après l'avoir promenée dans toutes les foires du Midi de la France, on l'amenait à Paris pour l'offrir en spectacle à la curiosité publique. A peine arrivée ici, elle est atteinte par le choléra, qui régnait alors, et transportée à l'hôpital Necker, où elle mourut. M. Vernois, dans le service duquel cette malade succomba, adressa le corps de cette femme à M. Jarjavay, alors chef des travaux anatomiques, qui, après avoir fait mouler les membres difformes, fit faire la préparation du squelette.

La gravure ci-jointe est la copie de celles de ces pièces dont l'étude nous intéresse le plus. L'absence du bras droit donne un degré de saillie anormale à l'épaule N. Le bras gauche est affecté de phocomélie (fig. 27).

A propos de l'ectromélie des membres inférieurs, Is. Geoffroy Saint-Hilaire fait les remarques suivantes : « Il semble *à priori* que les membres abdomi-

(1) Edition Malgaigne, t. III, p. 23.

naux, dont la formation est chez l'embryon plus tardive, et dont l'existence est beaucoup moins constante dans la série animale, doivent manquer de même, dans les cas d'anomalie, plus fréquemment que les membres thoraciques : c'est cependant le contraire qui a lieu. L'ectromélie biabdominale n'a été observée qu'un très-petit nombre de fois, soit chez l'homme, soit chez les animaux; elle est donc beaucoup plus rare que l'ectromélie bithoracique. Quant à l'absence d'un seul des membres abdominaux, l'existence en est encore à peine constatée, si ce n'est chez des monstres affectés en même temps d'éventration et qui n'appartiennent pas au genre ectromèle. »

Le résultat de notre observation personnelle ne concorde pas avec l'opinion exprimée par Is. Geoffroy Saint-Hilaire : sur les sept faits que nous pouvons ajouter à ceux fournis par ce savant tératologiste, trois seulement sont des exemples d'ectromélie thoracique. Nous venons d'en rapporter deux; le troisième nous est signalé par M. le docteur Chancerel : il a pour sujet un jeune homme de vingt ans, chez lequel les deux membres abdominaux et le membre supérieur gauche manquent complétement. Ainsi mutilé, cet individu n'est pas réduit à l'immobilité; à l'aide du seul membre qu'il possède, il parcourt les rues de la ville et les grandes routes pour y mendier son pain.

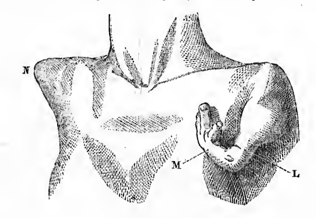


Fig. 27.

Rien de mieux connu que le mode de progression employé par les *culs-de-jatte:* les membres supérieurs deviennent leurs organes de locomotion. Ce qu'on a peine à comprendre tout d'abord, c'est qu'un individu réduit au tronc parvienne à faire quelques pas à l'aide d'un seul bras. Lorsqu'un cul-de-jatte veut se transporter d'un lieu dans un autre, il appuie les mains sur le sol et s'élevant sur elles, il lance la partie inférieure du tronc en avant, fléchit ensuite les bras pour que le corps vienne appuyer sur le sol, et recommence ensuite la même manœuvre. Notre ectromèle n'ayant qu'un bras exécute ces mouvements de locomotion de la manière suivante : il penche tout son corps sur le côté, il élève le tronc, puis l'incline et le fait reposer sur ce membre, qui lui sert de point d'appui, par un mécanisme analogue à celui de la station sur un seul pied; ce qui exige un effort musculaire très-grand, l'épaule étant fixée au tronc moins solidement que ne l'est l'os coxal. Dans le second temps, le corps est projeté en avant, en décrivant un quart de cercle; le membre exécute la

flexion et le bassin arrive sur le sol. Rien n'est plus étonuant et ne prouve davantage l'influence de l'habitude et d'un exercice prolongé que les distances parcourues par cet individu.

Le cas où l'absence d'un membre thoracique coïncide avec l'avortement des deux membres abdominaux n'avait pas encore été constaté chez l'homme. Celui fourni par M. Chanecrel méritait donc d'être mis en relief.

Le plus souvent les deux membres thoraciques existent en vertu des lois qui président au développement du nouvel être, et qui font que, même dans les cas d'anomalie, les modifications qui laissent subsister la symétrie générale du corps sont les plus fréquentes.

Is. Geoffroy saint-Hilaire ne connaissait pas d'exemple d'ectromélie pelvienne unique; nous pouvons en citer un : il figure parmi les pièces tératologiques du musée Dupuytren (n° 157), c'est un enfant nouveau-né, chez lequel le membre abdominal droit manquait complétement. MM. Houel et Desruelles ont donné une description complète de ce cas dans les *Bulletins de la Société de biologie* (tome V, p. 215).

Si nous abordions notre sujet au point de vue physiologique, nous devrions produire les deux cas d'ectromélie biabdominale soumis à notre observation. Ces deux jeunes femmes, qui se montraient en public, marchaient d'une tout autre manière que les *culs-de-jatte;* assises sur un tabouret qu'elles fixaient solidement contre leur bassin, elles lui imprimaient un mouvement rapide de rotation, imitant celui de la valse. Lorsqu'elles devaient se transporter d'un lieu dans un autre, elles se bornaient à imprimer à leur siége une série de mouvements d'oscillation.

On voit combien sont variées les ressources à l'aide desquelles les mutilés arrivent à parer aux imperfections de leur nature.

Prothèse.

Les formes de l'ectromélie abdominale dans lesquelles les appareils mécaniques peuvent intervenir avec succès sont rares.

La première variété serait celle dans laquelle un des membres abdominaux manquerait seul ; dans ce cas, le problème mécanique serait des plus simples ; les modèles existent, ce sont les membres artificiels destinés aux individus qui ont subi une désarticulation de la cuisse.

Mais, nous venons de le montrer, il n'existe encore qu'un seul exemple de cette variété de l'ectromélie et encore était-elle compliquée d'une imperforation de l'anus et du rectum.

Lorsque l'anomalie affecte les deux membres abdominaux, cas beaucoup plus fréquent, on l'a vu, il semble que les ressources de la prothèse, tout ingénieuses qu'elles sont, ne puissent être d'aucun secours en face d'une mutilation aussi étendue. Il n'en est rien cependant; mais pour qu'une tentative fructueuse puisse avoir lieu, il faut au moins qu'un des membres n'ait pas subi un avortement complet et présente un moignon d'une certaine longueur,

Nous sommes heureux d'en pouvoir produire un exemple que nous devons à M. Charrière. Les moules en plâtre des tronçons des membres abdominaux de ce sujet ayant été détruits, nous avons dû avoir recours à l'obligeance de M. le docteur Girou de Buzareingues, député au Corps Législatif, auquel la direction des essais prothétiques avait été confiée.

Voici la note et la gravure des dessins que notre excellent confrère s'est empressé de nous faire tenir.

Ectromélie biabdominale et hémimélie bithoracique. — ***Essai de deux jambes artificielles.*** — « Vers l'année 1844, je fus consulté par une riche famille irlandaise pour son fils, qui était venu au monde avec les quatre extrémités défectueuses. Le croquis ci joint (fig. 28) montre que le membre abdominal droit manquait en totalité. Le gauche est réduit à un moignon de la moitié environ de la longueur du fémur. Les deux bras sont complets jusqu'au coude et se terminent par deux rudiments d'avant-bras.

« Ce jeune homme, âgé de 16 à 17 ans, jouissait d'une excellente santé; on l'avait amené à Paris pour tenter de lui faire des appareils pruthétiques qui vinssent suppléer ses membres diffurmes. Grâce au concours de M. Charrière, je parvins à le faire marcher avec deux jambes artificielles.

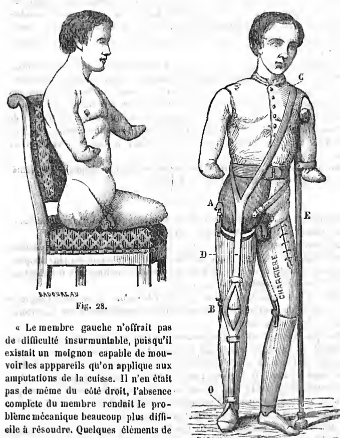


Fig. 28.

Fig. 29.

« Le membre gauche n'offrait pas de difficulté insurmontable, puisqu'il existait un moignon capable de mouvoir les apppareils qu'on applique aux amputations de la cuisse. Il n'en était pas de même du côté droit, l'absence complète du membre rendait le problème mécanique beaucoup plus difficile à résoudre. Quelques éléments de succès existaient; M. Fouilloy avait créé son modèle pour le malade auquel il avait désarticulé la cuisse, et M. Charrière avait appliqué avec succès ce membre artificiel à deux invalides qui avaient subi la même opération.

« Parmi les modifications apportées par M. Charrière au modèle de Foulloy,

il en est une dont je désirais faire profiter mon intéressant client, c'est l'addition d'un pied artificiel ; seulement, pour faire mouvoir plus facilement ce segment du membre, sur votre conseil, j'engageai notre habile fabricant à placer à la partie antérieure de la jambe artificielle la courroie indiquée par Amb. Paré pour soulever le pied dans les cas de paralysie des extenseurs de la jambe.

« La figure 29 ci-contre donnera une idée plus nette de la disposition de cet appareil que toutes les descriptions possibles. On comprendra facilement comment un simple mouvement d'élévation de l'épaule gauche C suffisait pour soulever le pied artificiel droit et porter tout le membre en avant à l'aide de cette courroie D O.

« Afin de faciliter les premiers essais de ces appareils, M. Charrière avait adapté des verroux au niveau des articulations de la hanche A et du genou B de la jambe artificielle du côté droit, de façon à immobiliser à volonté les divers segments de ce membre et à faire marcher le mutilé cette jambe roide.

« Pour plus de sûreté encore, on disposa une paire de béquilles qui furent fixées à ses moignons avec un anneau, dans lequel il engageait les tronçons de ses bras.

« Comme ce jeune homme était très-intelligent et très-adroit, il n'a pas tardé à marcher à l'aide d'une seule béquille, et il est retourné alors en Angleterre avec sa famille.

« On devait me le ramener plus tard pour tenter un essai de prothèse des membres supérieurs. M. Magendie venait de faire un rapport à l'Institut sur les bras artificiels de Van-Peterseen, et je m'étais engagé à suivre les mutilés présentés à l'illustre aréopage, afin de constater les résultats de l'emploi de ces nouveaux modèles. Mais je n'ai jamais revu mon intéressant client, et n'en ai plus même entendu parler.

« Tout à vous, GIROU DE BUZAREINGUES. »

Nous avons été plus heureux que notre excellent confrère, car nous pouvons donner des nouvelles récentes de cet infortuné personnage et des résultats de l'intervention de la prothèse dans ce cas si grave de mutilations congénitales. M. Simpson, le savant accoucheur d'Edimbourg, dans une visite qu'il a daigné me faire pendant un récent voyage à Paris (avril 1863), m'a appris que ce jeune lord, grâce au secours de la prothèse, est devenu un des plus intrépides chasseurs de renards de l'Irlande. On a peine à comprendre qu'il soit possible à un individu porteur de quatre membres artificiels de se tenir assez solidement à cheval pour faire de semblables courses au clocher. M. le professeur Simpson m'a promis de m'envoyer, dès son retour à Edimbourg, l'observation de ce fait des plus intéressants.

Toute rapide qu'a dû être notre enquête sur les ressources de la prothèse en face des arrêts de développement des membres inférieurs, elle nous a permis cependant de mettre en relief des témoignages irrécusables de la valeur des appareils appliqués à ces sortes de mutilations.

Le problème mécanique, dans ces cas, est toujours plus simple qu'à la suite des amputations, puisque les fabricants peuvent prendre un point d'appui sur l'extrémité des moignons, en ménageant toutefois les saillies formées par les vestiges des parties avortées.

Les individus, se familiarisant dès leur première enfance avec le jeu des appareils artificiels, finissent par obtenir de leur usage des bénéfices auxquels ne sauraient prétendre les malades qui subissent une mutilation dans un âge plus ou moins avancé. De plus, la constitution anatomique de leurs moignons, surtout

l'existence des nerfs périphériques dans le tégument qui les recouvre, donnent à ces individus des sensations tactiles qui font que leur jambe artificielle supplée aussi complétement que possible le membre mutilé. Ce résultat est évident surtout dans les cas d'hémimélie abdominale unique.

Convaincus désormais de la réalité des secours de la prothèse et n'ayant plus à chercher des modèles propres à parer aux diverses mutilations congénitales des membres, nos confrères pourront recommander l'emploi des appareils dès que les enfants commenceront à pouvoir marcher. Comme il n'y aura plus d'essais à faire, et de sacrifices inutiles à subir, les familles accepteront leurs conseils, et les services rendus à leurs chers mutilés par ces appareils les encouragera à persévérer dans leur usage.

En cela encore, nos peines n'auront pas été complétement perdues.

Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) vient de se clore par la nomination de MM. Guyon, Lefort, Panas et Labbé pour la chirurgie, et de M. Joulin pour les accouchements.

Le concours pour le Bureau central des hôpitaux est également terminé; sont nommés médecins des hôpitaux de Paris : MM. Fournier, Bernier et Desnos.

La Faculté de médecine de Montpellier a fait sa présentation pour la chaire de thérapeutique vacante dans son sein. Elle présente, en première ligne, M. Combal; en deuxième ligne, M. Pécholier; tous deux professeurs agrégés.

Par arrêté du 30 mai, M. Patin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire d'Alger, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Bertherand, démissionnaire; M. Texier, professeur de clinique interne, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Marit; M. Léonard, médecin en chef de l'hospice militaire du Dey et de la division d'Alger, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Texier; M. Bruch, professeur suppléant, est chargé provisoirement des fonctions de professeur de clinique externe, en remplacement de M. Bertherand.

Dans la dernière assemblée des professeurs de la Faculté, M. le professeur Tardieu a été désigné pour prononcer, à la séance de rentrée prochaine, l'éloge de M. Adelon.

Par décrets du 1er juin ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur. *Officier:* M. Bel, chirurgien de 1re classe de la marine, chef du service de santé du corps expéditionnaire du Sénégal. *Chevaliers:* M. Vizy, médecin aide-major attaché à l'expédition du Mexique et M. O'Neil, chirurgien de 2e classe de la marine, attaché au corps expéditionnaire du Sénégal.

L'Association de prévoyance des médecins du Rhône a tenu son assemblée générale le 27 mai. M. Duviard, secrétaire adjoint, a été nommé secrétaire général en remplacement de M. J. Bonnet, arrivé au terme de ses fonctions, et qui avait décliné l'honneur d'une seconde réélection. M. Pommier a été nommé secrétaire adjoint.

M. le docteur Munaret, le spirituel auteur du *Médecin de campagne*, vient d'être nommé médecin inspecteur de l'établissement thermal de Nérac (Aveyron).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'emploi du colombo et de la noix vomique dans quelques affections nerveuses de l'estomac.

S'il y a des inconvénients et même des dangers à varier trop souvent les moyens employés dans le traitement des maladies, il n'y en a pas moins à se tenir constamment dans le même cercle lorsque les maladies d'un organe, quoique de même nature, offrent des variétés notables dans leur expression symptomatologique. Dans les affections nerveuses de l'estomac, par exemple, tantôt c'est la douleur qui prédomine, tantôt ce sont les fonctions digestives qui sont diversement troublées (nausées, vomissements, rapports acides, appétit bizarre ou exagéré, etc.). Eh bien, contre toutes ces significations morbides, le traitement généralement employé est presque toujours le même : l'opium et le sous-nitrate de bismuth, le sous-nitrate de bismuth et l'opium, tels sont les deux moyens auxquels la pratique médicale semble inféodée. Il existe cependant des moyens qui méritent autant la confiance des médecins que les précédents dans les affections nerveuses de l'estomac, et qui se recommandent plus particulièrement dans certaines formes de ces affections; nous citerons le colombo et la noix vomique, le premier dans le vomissement nerveux, le second dans la cardialgie proprement dite.

Le vomissement nerveux est cette affection dans laquelle les substances alimentaires ou médicamenteuses liquides ou solides, portées dans l'estomac, sont rejetées tôt ou tard, et souvent sans douleur, par le seul fait de la sensibité exaltée de cet organe, ou d'une sorte d'atonie, et cela quelquefois sans un trouble bien notable dans la santé générale. Cette affection, qui se montre le plus souvent dans l'âge adulte et principalement chez les femmes, chez lesquelles elle est fréquemment compliquée de chlorose ou d'affections hystériques, débute souvent sans symptômes précurseurs : le malade vomit une première fois sans effort, sans secousse, sans douleur. Rien ne l'a averti du besoin de vomir; cependant il se trouve soulagé. Puis le vomissement continue les jours suivants, revêt peu à peu les caractères tranchés qu'il offrira plus tard à l'observateur, et constitue un état morbide particulier, contre lequel le malade vient réclamer des soins. D'autres fois, le vomissement offre des prodromes, qui sont en rapport avec la constitution ou l'état général des malades ; d'autres fois enfin, un état général morbide précède son apparition.

Les matières vomies offrent de grandes variétés dans leur composition et dans leur quantité : tantôt c'est une sérosité limpide qui s'échappe de la bouche, comme par régurgitation ; tantôt ce sont des vomituritions glaireuses, filantes, pituiteuses, et dont la consistance est extrêmement variable ; d'autres fois, les matières sont bilieuses, pures ou mélangées de mucus ou de matières alimentaires ; enfin, en d'autres cas, les matières vomies présentent une forte acidité. Les aliments, solides ou liquides, végétaux ou animaux, souvent aussi les médicaments sont inévitablement rejetés. Mais la preuve que les malades conservent encore une certaine quantité d'aliments, c'est que, malgré ce trouble de l'estomac, les forces et l'embonpoint persistent à un certain degré. Les vomissements, ordinairement quotidiens, offrent des variétés, tant pour le nombre de fois qu'ils reviennent, que par l'époque à laquelle ils se montrent généralement. Somme toute, le vomissement est le seul phénomène morbide observable ; pas de réaction ; pas de douleurs à la région épigastrique ; le ventre est souple et naturel ; la constipation assez générale. C'est contre cet état morbide que nous croyons pouvoir recommander avec le docteur P.-C.-L. Fleury, à la thèse duquel nous avons emprunté les détails qui précèdent, comme une sorte de spécifique, la *racine de colombo*, dont l'application a déjà été indiquée par M. de Breyne, et dont ce médecin conseille l'administration de la manière suivante :

Pr. Poudre de racine de colombo..........	30 grammes.

Divisez en huit paquets.

Un paquet par jour en trois fois, le matin, à midi et le soir, délayé dans deux ou trois cuillerées de vin rouge, ou enveloppé dans du pain à chanter, une heure avant les repas. Suivant la susceptibilité de l'individu, tantôt le colombo est donné seul ; tantôt on fait précéder son administration d'une potion calmante au laudanum, ainsi formulée :

Pr. Eau de laitue.......................	125 grammes.
Laudanum de Sydenham.............	50 gouttes.
Bicarbonate de soude.................	2 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger............	60 grammes.

A prendre dans l'espace de quarante-huit heures, une cuillerée environ toutes les deux heures. D'autres fois, cette potion est donnée en même temps que la poudre. Alors, sur chaque prise de poudre, le malade en prend une cuillerée à bouche. Dans d'autres cas enfin, on unit le colombo au fer, à la magnésie, à l'extrait de belladone, suivant les complications. Tout en croyant que ce traitement

convient dans l'immense majorité des cas de ces vomissements, son action spécifique ne doit pas au reste faire rejeter les autres agents thérapeutiques, et, en particulier lorsque les vomissements sont très-acides, les alcalins doivent passer avant le colombo.

Dans la cardialgie proprement dite, soit qu'elle affecte la forme *commune* (c'est-à-dire cette forme de la maladie caractérisée par la diminution de l'appétit, la lenteur des digestions, un sentiment de malaise et d'anxiété à l'épigastre, ou par une douleur vague, sourde et profonde, mais quelquefois aussi très aiguë, rémittente ou intermittente, qui de l'épigastre irradie par intervalle dans le reste de l'abdomen, le long de l'œsophage, plus rarement dans les parois thoraciques, le dos et les épaules, douleur qui s'exaspère par l'ingestion des aliments), soit qu'elle affecte la forme *hypocondriaque* (c'est-à-dire celle qui se complique d'accidents nerveux intenses ou de désordres intellectuels qui se manifestent comme effets de l'affection de l'appareil digestif), le médicament par excellence, c'est celui qui a été recommandé dans le dernier siècle par Schmidtmann, la *noix vomique* en poudre ou en teinture, administrée à dose peu élevée, de 10 à 20 centigrammes pour la première, de 1 à 5 gouttes dans une potion pour la seconde. Les faits rapportés par Schmidtmann, ceux plus récents que nous avons trouvés dans la thèse de M. Jagot-Lacoussière (*Thèses de Paris*, 1848), ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Les vomissements nerveux qui compliquent la cardialgie peuvent aussi céder à l'emploi de la noix vomique; ainsi ce dernier médecin dit avoir observé à l'Hôtel-Dieu un homme de quarante ans environ, assez fortement constitué, atteint d'une cardialgie qui ne lui permettait de digérer ni la viande, ni le lait; les légumes passaient un peu mieux. Aussitôt après les repas, il était pris de vomissements très-opiniâtres. Cet état durait déjà depuis quelque temps; tous les remèdes dont il avait usé n'avaient produit aucun changement. Cette raison n'avait pas peu contribué à lui donner des idées tristes et pleines de découragement sur son état; en un mot, il entrait à l'hôpital avec tous les caractères de la cardialgie hypocondriaque. Soumis au traitement par la noix vomique, les vomissements avaient cessé dès le second jour. La noix vomique fut encore continuée pendant un certain temps. Le malade pouvait manger de la viande sans aucune espèce d'inconvénients. Le lait seul continuait à être mal supporté. Il sortit de l'Hôtel-Dieu dans un état très-satisfaisant.

Note sur l'emploi de l'arséniate de fer et de soude dans les maladies chroniques des voies respiratoires.

Par M. le docteur A. Charrier, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, etc.

Longtemps employées en médecine, puis tombées dans le discrédit le plus complet, les préparations arsenicales jouissent maintenant d'une vogue nouvelle, vogue justifiée, selon nous, par les succès qu'elles donnent dans certaines maladies ; mais elles sont difficiles à manier : tel malade peut supporter des doses assez considérables ; tel autre, au contraire, est d'une grande susceptibilité, et le médecin est obligé de renoncer à ce modificateur puissant, parce qu'il produit des accidents gastriques et intestinaux d'une intensité assez grande. Il en est de même, au reste, de tous les médicaments un peu énergiques employés en médecine. Presque exclusivement ordonnées contre les maladies cutanées rebelles par tous les dermatologistes, les préparations arsenicales ont été de nouveau mises en usage, depuis quelques années, dans les maladies chroniques des voies respiratoires : je dis de nouveau, car l'idée n'est pas nouvelle, puisque nous la retrouvons tout au long dans Dioscoride ; mais, comme toute chose, cette médication a eu ses partisans et ses détracteurs, ses moments de triomphe et ses moments de revers.

C'est surtout à M. Trousseau que l'on doit la nouvelle faveur des idées anciennes, et son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu a puissamment contribué à leur vulgarisation.

Ce célèbre professeur se servit surtout de la liqueur de Fowler, ou de Pearson, ou de l'acide arsénieux en pilules contre les bronchites chroniques et contre l'asthme ; il varia même les procédés ; tantôt il fit brûler, dans la chambre des malades, du papier trempé dans une solution arsenicale, tantôt il fit aspirer des cigarettes qui contenaient de l'acide arsénieux.

Il y a quelques années, M. Duchesne-Duparc s'est servi de l'arséniate de fer dans les maladies rebelles de la peau avec squammes, et dans son livre intitulé : *Traité pratique des dermatoses*, il conseille la formule suivante :

Pr.	Arséniate de fer......................	1 gramme.
	Poudre de guimauve....................	4 grammes.
	Miel................................	Q. S.

Faire une masse de 8 grammes pour 200 pilules de 1 à 20 par jour (crescendo).

Je me suis servi de cette formule. Chez certains malades les pilules se digèrent bien ; mais chez d'autres, même à faible dose, elles causent une gastralgie permanente et exagérée par les repas, et

qui s'accompagne souvent d'une diarrhée douloureuse. Dans la suite, l'appétit se perd, et la face prend une teinte subictérique qui annonce que les fonctions de l'estomac et du foie sont perverties.

Tout le monde sait que l'arsenic et ses composés, d'une solubilité plus ou moins parfaite, sont des médicaments dont l'élimination n'est pas rapide, et qui, par conséquent, agissent encore sur l'économie après que l'usage en a été cessé depuis longtemps. Ce sont des médicaments à *répétition*, des médicaments à *longue échéance* pour ainsi dire. Aussi faut-il se méfier de cette continuation, de cette prolongation dans l'action du remède, et, pour ne pas la laisser se perpétuer, le praticien doit-il avoir présent à la pensée ces deux préceptes : 1° se servir de préférence des préparations arsénicales les plus solubles; 2° favoriser l'élimination du remède en administrant de temps à autre un purgatif salin.

C'est pour obéir à ces deux indications capitales, et indispensables pour obtenir la tolérance, que j'eus recours à l'association de la soude à l'arséniate de fer, et j'obtins ainsi, grâce à l'obligeance bien connue de M. Grimault, un médicament plus soluble, mais sous forme pilulaire.

Quoique à un degré moindre, les malades se plaignaient encore de crampes d'estomac et de diarrhée, mais bien moins persistante et surtout moins douloureuse qu'avec les autres préparations arsenicales.

J'eus recours encore aux lumières du même pharmacien et lui demandai la préparation la plus soluble qu'il pourrait faire avec l'arséniate de soude et de fer; il mit alors à ma disposition un sirop d'une transparence parfaite, d'une belle couleur jaune et qui, pour 300 grammes de menstrue, contient 5 centigrammes d'arséniate de soude et de fer. Je le donnai alors par cuillerées à café, matin et soir, et j'augmentai progressivement la dose; mais je n'ai jamais dépassé une cuillerée à bouche, le matin et deux le soir. — Même à cette dernière dose, je ne lui ai vu produire aucun dérangement dans les fonctions digestives, ni causer de crampes d'estomac.

Depuis un an, je l'ai employé dans douze cas. Dans trois de ces cas, le médicament a été ordonné pour une chloro-anémie profonde : dans un seul, il a paru amener une modification avantageuse, en réveillant l'appétit; dans les deux autres, le résultat a été nul, la médication arsenicale n'a produit ni bien, ni mal. Mais les maladies qui m'ont paru être le plus avantageusement modifiées par ce composé arsenical, ce sont la laryngite tuberculeuse avec aphonie, ou

tout au moins enrouement presque continuel, et la bronchite chronique avec essoufflement et quintes de toux; enfin l'asthme. Nous avons par devers nous quatre observations : deux de laryngite tuberculeuse, une de bronchite et une d'asthme, qui nous montrent combien souvent la médication arsenicale est rapide dans ses effets, et améliore singulièrement des maladies que l'on parvient bien rarement à guérir, si jamais même on les guérit. Voici la plus remarquable.

Obs. I. *Phthisie laryngée. — Aphonie. — Amaigrissement. — Emploi du sirop d'arséniate de fer et de soude. — Amélioration rapide.* — B***, natif de Saint-Malo, est venu à dix-neuf ans à Paris; maintenant il en a trente et est malade depuis trois ans; il vient me consulter, le 30 octobre 1862, pour un crachement de sang qui se répète presque tous les soirs depuis huit jours, et une aphonie complète. En mai 1859, il a été déjà alité pendant un mois : il a eu de la fièvre tous les soirs, de la toux la nuit, et surtout des sueurs abondantes; un médecin lui a donné de l'acétate de plomb en pilules, du vin de kina et de l'huile de foie de morue. La convalescence fut longue, et au mois d'octobre 1859, il cracha du sang pour la première fois et en quantité assez abondante. Depuis, tous les ans, il a eu un ou deux crachements de sang, mais moins considérables. Cependant il s'est affaibli, il a eu souvent des maux de gorge et des enrouements, il est devenu triste et abattu.

Voici l'état dans lequel je le trouve : l'aspect général n'est pas mauvais, le fond du teint est un peu pâle, la face est amaigrie, tirée, mais elle n'est pas terreuse. La voix est presque entièrement éteinte; quand on appuie le doigt sur le larynx, on détermine de la douleur et on provoque de la toux. A l'auscultation, à droite, des râles humides dans tout le sommet du poumon; à gauche, quelques râles disséminés et quelques craquements; par la percussion faite sur les deux clavicules, on détermine de la douleur qui s'irradie entre les deux épaules. Quelquefois de la diarrhée; le soir, un peu de fièvre; 100 pulsations; oppression légère.

Le malade est maigri : il pèse, dit-il, 10 livres de moins qu'il y a deux ans, 120 livres. Je lui ordonne : sirop de morphine, deux cuillerées à café le soir, vers onze heures; vésicatoire volant sur le larynx; quatre cuillerées d'huile de foie de morue par jour, deux le matin, deux le soir, au moment des repas.

Le 1er décembre 1862 il vient me revoir : il ne peut pas supporter l'huile de foie de morue, il la vomit. Je le trouve dans le même état, l'appétit est nul.

Je fis alors la prescription suivante : sirop d'arséniate de fer et de soude, 300 grammes, deux cuillerées à café par jour pendant huit jours ; puis doubler la dose, s'il n'y a pas de diarrhée et s'il n'y a pas de crampes d'estomac.

Le 15 décembre, le mieux est déjà sensible : appétit très-vif, l'enrouement a diminué, pas de fièvre le soir, plus de sueurs la nuit ; teint rosé.

Le 2 janvier 1863, le mieux se continue, l'oppression a disparu ; le teint est rosé. Il s'est pesé et il a augmenté de 2 livres.

Le 15 janvier, je le purge avec 25 grammes de sel d'Epsom, il a trois selles.

Le traitement est continué, deux cuillerées à bouche par jour.

Le 15 février, sa voix est moins voilée, le teint est parfait, les forces sont revenues. Mêmes phénomènes stéthoscopiques, pas d'hémoptysie. Il a repris son travail.

Ainsi donc, amélioration rapide, appétit vif, suppression des sueurs, retour des forces et possibilité de reprendre ses occupations.

Evidemment, le malade n'est pas guéri, mais il est considérablement amélioré. Nous n'avons pas la prétention de guérir des maladies incurables ; mais c'est déjà un résultat important, considérable, dont on doit tenir compte, que l'arrêt de la maladie, la suppression des symptômes graves, le retour à une apparence de santé, toutes choses que l'huile de foie de morue n'avait pu nous donner, et que nous croyons pouvoir attribuer à l'administration du sirop d'arséniate de fer et de soude.

Il est inutile de donner les autres observations, elles sont toutes les mêmes, et nous nous exposerions à des redites fastidieuses et inutiles. Contentons-nous donc aujourd'hui d'appeler l'attention des praticiens sur les avantages du sirop d'arséniate de soude et de fer dans les maladies chroniques des voies respiratoires, et tirons des faits que nous avons pu observer les conclusions suivantes :

1° Le sirop d'arséniate de fer et de soude est la préparation arsenicale la plus soluble ;

2° Elle est douée d'une innocuité parfaite. Elle ne cause ni crampes d'estomac, ni diarrhée ;

3° En raison de son extrême solubilité, elle s'assimile très-vite et agit très-promptement ;

4° C'est donc la forme la plus commode d'administrer l'arsenic ;

5° Cette association intime de la soude et du fer avec l'arsenic, la solubilité extrême de cette préparation, font de ce sirop un médica-

ment de premier ordre, qui est digne de fixer l'attention des praticiens et de prendre un rang très-distingué dans la médication arsenicale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement de l'herpès circiné par le goudron.

Par M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Après la première et essentielle qualité de tout moyen thérapeutique, qui est de guérir, la plus précieuse qu'il puisse avoir, c'est d'être aussi facilement réalisable que possible pour le médecin comme pour le malade. — Le goudron est assurément un produit assez répandu, on peut dire même assez vulgaire, pour que cette dernière qualité ne puisse lui être déniée. Quant à la première, les faits suivants nous paraissent la lui conférer sans conteste.

L'on sait la fréquence des manifestations cutanées de l'herpès chez les enfants, particulièrement chez ceux qui se trouvent exposés aux inconvénients de la réunion nosocomiale. Cette fréquence s'explique d'autant mieux que, quoique soumise en réalité à une cause unique, la *contagion parasitaire*, celle-ci a néanmoins une double source : 1° l'enfant étant d'habitude, dans ces circonstances, primitivement affecté d'herpès tonsurant (teigne tonsurante), devient un foyer de contagion pour lui-même; 2° ou bien il puise au foyer commun de la contagion, le voisinage de ses camarades de l'hôpital. Souvent ces deux causes agissent simultanément, et il en résulte une prolifération remarquable de la maladie sur le tégument externe.

Quelles que soient, d'ailleurs, les conditions dans lesquelles elle se produit, elle est habituellement d'une ténacité excessive. De plus, il n'est pas rare de voir des plaques d'herpès circiné, d'abord très-petites, s'étendre rapidement, et envahir les parties où elles siégent, au point d'éveiller de réelles appréhensions, du moins une légitime sollicitude. Or, les préparations de sublimé (solutions ou pommades), qui constituent jusqu'ici le moyen le plus efficace à opposer à cette affection, ces préparations, dis-je, ne jouissent précisément pas d'une parfaite innocuité d'action, surtout lorsqu'elles s'adressent à de très-jeunes organismes. D'un autre côté, il n'est pas rare de les voir déterminer de vives irritations locales, que nous avons même vues, dans un cas, aller jusqu'à l'érysipèle. Il y aurait donc un premier et réel avantage à pouvoir substituer,

dans ces circonstances, au sublimé corrosif une substance dont l'emploi fût en quelque sorte innocent ; et combien serait plus grand encore l'avantage si, à cette innocuité, cette substance joignait l'inappréciable qualité dont nous parlions plus haut, d'être un produit vulgaire, et de se trouver partout et toujours à la portée du médecin et du malade. Or, le goudron paraît, ainsi qu'on va le voir, remplir toutes ces conditions.

Le goudron a été expérimenté sous ses deux états, végétal ou minéral (coaltar), et employé soit pur, c'est-à-dire sans préparation pharmaceutique, soit sous forme de glycérolé, d'après la formule suivante :

Pr. Amidon.............................	1 gramme.
Glycérine...........................	15 grammes.

F. S. A. *glycérolé d'amidon ;* ajoutez goudron, 16 grammes.

Badigeonner matin et soir les plaques d'herpès avec un pinceau trempé dans la préparation.

Avant de consigner les résultats de ce traitement, laissons parler les faits eux-mêmes, dont la relation est due à M. Painetvin, interne de l'hôpital des Enfants.

Obs. I. G*** (Catherine), deux ans, entrée à l'hôpital (service des chroniques), salle Sainte-Rosalie, n° 2, pour une tumeur blanche du coude.

Le 9 février 1863, elle présente deux petites plaques d'*herpès circiné*, occupant l'une la partie supérieure du front, près de l'implantation des cheveux, l'autre la racine du nez.

Prescription : Glycérolé d'amidon et goudron mélangés à parties égales, application une fois par jour, au moyen d'un pinceau.

Dans les premiers jours de mars l'herpès avait presque complétemement disparu. L'enfant est morte d'une pneumonie double.

Obs. II. N*** (Joséphine), dix ans, salle Sainte-Rosalie, n° 18. 21 mars 1863. — Herpès tonsurant du cuir chevelu ; trois plaques d'herpès circiné : l'une au-dessus du sourcil gauche, de la grandeur d'une pièce de 2 francs ; l'autre sur la joue droite, grande comme une pièce de 1 franc ; une troisième de l'étendue d'une pièce de 20 centimes à la nuque. — On prescrit : glycérolé d'amidon et goudron, parties égales (comme ci-dessus). Une application par jour sur toutes les plaques, à l'aide d'un pinceau.

7 avril. — L'herpès ne s'est pas étendu ; les vésicules sont affaissées.

13 avril. — Vésicules flétries.

20 avril. — Guérison complète, sans traces à la peau.

Obs. III. O*** (Isabelle), sept ans et demi, salle Sainte-Elisabeth, n° 24. Eczéma impétigineux du cuir chevelu et du tronc.

13 février 1863. — Plaque d'herpès circiné, grande comme une pièce de 1 franc sous le menton. Application chaque jour de glycérolé d'amidon et de goudron (*ut supra*).

Le 20. — La plaque ne s'est pas étendue ; mais une seconde, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, est apparue au côté gauche de la mâchoire. Toucher celle-ci avec du goudron pur.

Le 6 mars. — Pas d'extension ; vésicules affaissées.

Le 27 mars. — Disparition complète.

Obs. IV. P. J*** (Joséphine), neuf ans, sainte Rosalie, n° 5. Mal de Pottet par aplégie. Plaque d'herpès circiné de la grandeur d'une pièce de 1 franc au milieu du front.

Le 20 janvier 1863. — Application matin et soir de goudron végétal pur sur l'herpès.

Le 27. — L'herpès ne s'est pas étendu ; les vésicules s'affaissent.

Le 4 février. — La peau est lisse ; l'herpès paraît guéri. Cependant on continue encore, par mesure de prudence, les applications de goudron.

Le 11. — Guérison complète.

Obs. V. D*** (Lucie), douze ans, salle Sainte-Rosalie, n° 19. Petite plaque d'herpès circiné à la face antérieure de l'avant-bras droit, près du poignet.

3 mars 1863. — Application de goudron végétal pur.

Le 24. — Vésicules éteintes, affaissées.

Le 31. — Guérison complète.

Obs. VI. P*** (Louise), treize ans (Consultation de l'hôpital).

30 mars 1863. — Herpès circiné : une plaque de la dimension d'une pièce de 20 centimes derrière l'oreille droite ; trois sur le sternum de la grandeur d'une pièce de 1 franc, dont deux contiguës ; enfin, deux autres petites à la nuque.

Prescription : Application, matin et soir, de goudron végétal pur sur les plaques d'herpès ; arséniate de soude, 2 centigrammes.

6 avril. — Les plaques ne se sont pas étendues.

13 avril. — L'herpès est complétement éteint ; les vésicules sont affaissées.

Huit jours après, toute trace de l'affection a disparu de la peau.

Obs. VII. G*** (Angèle), neuf ans et demi (consultation). Plaque d'herpés circiné de 8 centimètres de diamètre à cheval sur le front et le cuir chevelu (les cheveux sont très-rares à cet endroit).

13 avril 1863. — Application deux fois par jour de goudron végétal.

Le 11 mai. — Guérison complète.

Obs. VIII. N*** (Cécile), deux ans ; salle Sainte-Elisabeth, n° 34. Impétigo de la tête et du tronc.

27 mars 1863. — Plaque d'herpès circiné de la grandeur d'une pièce de 5 francs sous la mâchoire du côté gauche.

Prescription : Application de goudron végétal pur.

3 avril. — L'herpès s'est étendu, et a maintenant 7 à 8 centimètres de diamètre. Mais les applications de goudron n'ont pas été exactement faites.

24 avril. — L'herpès est guéri à la partie antérieure ; mais il continue à s'étendre en arrière, vers le cou.

Le 8 mai. — La guérison est complète partout.

Obs. IX. S*** (Philomène) huit ans ; salle Sainte-Elisabeth, n° 12,

entrée pour un herpès tonsurant de la tête, datant de plusieurs mois.

13 février 1863. — Deux plaques d'herpès circiné contiguës, et de la grandeur d'une pièce de 1 franc à la région antérieure de l'avant-bras droit.

Prescription : Application, chaque jour, de coaltar.

20 février. — Les plaques ne s'étendent pas; peau moins rouge ; vésicules affaissées.

27 mars. — Guérison et disparition complète de l'herpès.

Obs. X. P*** (Pauline), onze ans ; salle Sainte-Marthe, n° 1 ; Herpès tonsurant à l'occiput; au-dessous de celui-ci, à la partie postérieure du cou, existent deux cercles d'herpès circiné.

6 février 1863. — Prescription : Badigeonner, tous les jours, celui-ci avec du goudron minéral (coaltar).

20 février. — L'herpès circiné de la nuque est complétement guéri.

Obs. XI. N*** (Appolline), quatre ans ; salle Sainte-Marie, n° 1.

17 février 1863. — Plaque d'herpès circiné de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, siégeant à la joue droite.

Prescription : Tous les jours badigeonnage avec :

Pr. Glycérine................ } Parties égales.
Coaltar.................... }

24 février. — Le coaltar a déterminé une phlegmasie légère de la peau avec douleurs. On suspend le coaltar ; la phlegmasie n'a pas eu de suite. L'herpès paraît détruit.

2 mars. — La peau de la face a repris son aspect normal.

Des observations qui précèdent, et qui nous paraissent suffisamment nombreuses et significatives pour légitimer dès aujourd'hui les conclusions suivantes, il résulte que le goudron exerce une action incontestable sur l'herpès circiné de la peau. Le premier effet de cette action, et dont tous les faits que nous venons de rapporter s'accordent à témoigner, c'est qu'elle s'oppose à la tendance de l'affection à gagner en étendue. Un seul cas (obs. VIII) fait exception ; mais il est constant que la prescription n'avait pas été exactement réalisée. — Les premières modifications éprouvées par la plaque herpétique se manifestent, en moyenne, du dixième au quinzième jour, et la guérison, peut, à la rigueur, être datée de ce moment, puisqu'alors déjà les vésicules sont affaissées et flétries. Toutefois une maculation persiste encore à la peau, et celle-ci n'a repris son aspect véritablement normal que du vingt-cinquième au trentième jour de traitement.

L'emploi du goudron, soit végétal, soit minéral (coaltar), ne paraît pas influer sensiblement sur les résultats obtenus, pas plus que la forme des préparations (glycérolé ou goudron pur, sans mélange ou excipient). Cela n'est pas indifférent, car, dans les condi-

tions ordinaires de la pratique, surtout à la campagne, il n'est pas toujours facile de réaliser une préparation pharmaceutique : d'ailleurs, pouvoir s'en passer en tous cas, c'est un avantage que personne, à coup sûr, ne dédaignera. Nous devons faire remarquer, toutefois, que le goudron minéral (coaltar) paraît plus disposé à amener une irritation consécutive de la peau (obs. XI), que le goudron végétal, lequel mérite, par conséquent, sous ce rapport, la préférence.

L'herpès du cuir chevelu (herpès tonsurant) étant en définitive une maladie absolument de même nature, à la différence du siége près, que celle que nous avons eue jusqu'ici exclusivement en vue, il était tout naturel de se demander si elle n'était pas également accessible à l'influence salutaire du goudron. Eh bien, les essais tentés sur l'herpès du cuir chevelu n'ont pas répondu aussi favorablement que les précédents : peut-être ce résultat était-il à prévoir, à cause de la différence du siége, et en quelque sorte de l'implantation de la maladie dans un lieu plus propice, où il lui est permis de prendre des racines plus profondes. L'on sait, d'ailleurs, qu'en raison de ce siége spécial, l'épilation devient, dans la plupart des cas, un adjuvant nécessaire du traitement. — En tout cas, ce sont des faits à l'étude, et sur lesquels nous reviendrons prochainement.

Nouvelle méthode de cautérisation destructive. — Emploi d'un mince jet de flamme produit par la combustion du gaz ordinaire d'éclairage, par M. le professeur Nélaton.

A toutes les époques de l'histoire de la médecine, l'emploi du feu, ou, tout au moins, des agents qui peuvent remplacer cet élément, a fixé l'attention des vrais observateurs et préoccupé les chirurgiens soucieux des progrès de la science. Qu'on se l'avoue ou qu'on le dissimule, il semble que chacun garde toujours en sa pensée le sens de l'ancien aphorisme de Cos :

Quæ ferrum non sanat, ignis sanat ;
Quæ ignis non sanat, insanabilia.

Nous n'avons donc point été surpris en devenant, dans ces dernières semaines, confident d'abord, puis témoin des recherches nouvelles entreprises, au point de vue d'un progrès à accomplir dans l'emploi des agents cautérisants, par M. le professeur Nélaton. Les personnes qui ont suivi les plus récentes leçons cliniques de ce maître comprennent que nous voulons parler ici de plusieurs destructions de tumeurs attaquées par la cautérisation au moyen du gaz d'éclairage enflammé.

Deux considérations sérieuses ont conduit M. Nélaton à entreprendre ces essais, disons plutôt ces expériences, car avant d'approcher la flamme des tissus vivants, le savant professeur avait demandé à l'expérience, sur les tissus frappés de mort, ce qu'il était en droit d'attendre de la répétition des mêmes manœuvres sur les organes doués de vie.

La première de ces considérations est la suivante : M. Nélaton, dans les nombreux enseignements de sa longue et judicieuse expérience, avait eu souvent l'occasion d'observer — et avait observé — combien étaient, toutes choses égales d'ailleurs, profondes et graves les traces imprimées par la flamme dans les accidents de brûlure. Les parties touchées, léchées par les pointes de flamme lui avaient toujours paru, à égalité de durée de contact, bien autrement désorganisées que les parties qui n'avaient été en rapport qu'avec des corps rougis à blanc, mais sans atmosphère enflammée. Ce résultat constant de ses remarques étant mis en opposition avec les vices et imperfections notables des procédés de cautérisation employés dans la grande chirurgie, M. Nélaton s'est demandé si, par quelque méthode simple et facile dans son maniement, il ne serait pas possible de porter des pointes de flamme sur les tissus altérés désignés à la destruction chirurgicale. Si la réalisation de cette idée était possible et d'exécution bien praticable, quelle ne serait pas la satisfaction du chirurgien en se voyant désormais délivré de tout cet attirail de réchauds, de fers rougissant sur les charbons, de soufflets mis en mouvement près du lit du malade, tableau qui donne à une intervention salutaire dans son objet, l'apparence et les attributs révoltants d'une scène d'inquisition torsionnaire.

Ce côté moral de la question, et qui avait assurément son importance, s'efface aujourd'hui devant la netteté, la perfection des avantages immédiats et supérieurs acquis par les applications actuellement réalisées de l'idée première.

Le cautère actuel toujours volumineux, qu'il était nécessaire d'employer si l'on poursuivait un effet un peu profond, est aujourd'hui remplacé par une petite flamme jaillissant d'un tube filiforme aussi maniable qu'une plume à écrire ou qu'un crayon de nitrate d'argent : cette flamme a 15 millimètres au plus de longueur et 2 ou 3 millimètres au plus d'étendue en largeur.

Le cautère actuel, impossible à maintenir avec sa température plus de quelques secondes, devait agir, au moins dans les cavités plus ou moins profondes, en développant une grande quantité de vapeurs, de gaz et de fumée qui le cachaient à l'instant à la vue du

chirurgien ; celui-ci devait donc opérer *au jugé*. La flamme, au contraire, brûlant de façon constante et calme, sans dégagement de gaz, sans tumulte, est portée par le chirurgien au point même qu'il veut toucher, de là, promenée en chaque point indiqué, lentement, aisément, avec pleine connaissance de cause.

Chargé d'une immense quantité de chaleur, le cautère actuel la rendait aux corps voisins avec une grande rapidité, échauffant les tissus de l'entourage, qu'il fallait avec soin protéger par des linges mouillés ou des manchons isolants ; rien de cela avec la flamme ; le doigt peut demeurer dans le voisinage immédiat, à moins de 1 centimètre d'éloignement, pendant toute la durée de son application. Dans un de nos essais, la pointe enflammée ayant été appliquée pendant trois minutes à la destruction d'un col utérin (essai sur le cadavre), un thermomètre plongé dans la cavité du corps, à 2 centimètres au plus du point d'application de la flamme, n'a monté que de 5 à 6 degrés (de 21 à 26 degrés). Le col était détruit, charbonné sur plus d'un demi-centimètre d'épaisseur et désorganisé sur un autre demi-centimètre dans tout son pourtour.

Lors de l'emploi du cautère actuel, le chirurgien a fréquemment à redouter la production d'hémorrhagies au moment où il retire l'instrument. Celui-ci adhère aux surfaces carbonisées, et son retrait de la plaie entraîne trop souvent avec lui des portions de tissus brûlés que suivent alors des hémorrhagies.

La flamme agit tout autrement ; sous son contact, les vaisseaux se rétrécissent et se *recroquevillent*, leur contenu se coagule de la surface vers la profondeur des tissus, la combustion s'opère avec une méthode et une régularité surprenantes.

S'agit-il maintenant de la profondeur de l'action du moyen ? elle est encore bien à l'avantage du dard enflammé. Sur le tissu musculaire, une minute d'application de la flamme carbonise près d'un demi-centimètre et en désorganise autant au-dessous de la couche entièrement détruite. Et, chose remarquable, l'eschare, au bout de deux, trois minutes d'application, présente la même profondeur qu'après une seule minute : la partie carbonisée se consume, à la surface, pendant que les parties situées plus profondément la remplacent ; de telle sorte qu'on trouve toujours une eschare de même épaisseur de deux tiers de centimètre environ.

La combustion des os, des artères, de la peau offre autant de phénomènes curieux et qui devront fournir autant de sujets particuliers d'études. Les os sont détruits avec une rapidité étonnante d'action : en deux ou trois minutes, les deux lames de tissu com-

pacte et le diploé du tibia ont été réduits en corps terreux. Ici c'est la grande rapidité d'effet qui doit être scrupuleusement étudiée. L'action sur les artères n'est pas moins digne d'attention : l'expérience va y découvrir des moyens de coagulation et d'obturation tout à fait inattendus. Une artère attaquée par le dard, au pourtour béant de son orifice fraîchement incisé, se replie sur elle-même, à la façon d'un doigt de gant qui se retournerait de lui-même en dedans : le tissu devient ainsi lui-même un obstacle à toute pénétration ultérieure de liquide à travers le vaisseau. Cette obturation a lieu au premier contact du dard enflammé. Ces premiers essais ont eu pour témoins MM. les docteurs Sappey et Houel.

Reproduites sur les parties vivantes, dans un certain nombre de cas, les expériences ont donné lieu absolument aux mêmes résultats que sur le cadavre.

L'assistance clinique du savant professeur de la Faculté l'a vu attaquer par ce moyen une tumeur fongueuse de la voûte palatine. L'application de la flamme s'est faite avec la même facilité, la même régularité que sur les tissus frappés de mort dans l'amphithéâtre. Le sujet, homme d'énergie, n'ayant point réclamé le bénéfice de l'anesthésie, on a pu s'assurer que si la douleur était réelle, elle était cependant très-supportable. Cette application de très-peu de durée, une minute au plus, sur une étendue de la largeur des deux tiers d'une pièce de 5 francs, a déterminé une eschare charbonnée parfaitement délimitée, qui est tombée au bout de quarante-huit heures. Cette eschare était donc très-superficielle : la plaie à laquelle elle a donné lieu n'offre que des caractères tout à fait rassurants au point de vue du fait opératoire.

Une seconde application, dans les mêmes conditions, a eu les mêmes résultats : la tumeur se détruit, sans congestion, sans hémorrhagies, sans aucun accident de quelque nature que ce soit.

Nous tenons du savant professeur que deux cols de l'utérus attaqués depuis comme celui qui nous avait servi de sujet d'étude à l'amphithéâtre, ont donné lieu aux mêmes remarques satisfaisantes.

Une des applications de cette méthode pour lesquelles elle semble née, ne se fera pas, nous l'espérons, longtemps attendre : nous voulons parler de la cautérisation des pédicules incisés des polypes naso-pharyngiens, objet si difficile à atteindre sûrement si l'on a réduit autant qu'il a été possible le délabrement nécessaire à l'extraction de ces tumeurs. La cautérisation de la langue est à placer à côté de celle des polypes du pharynx et des tumeurs du col utérin. C'est, en effet, surtout dans les cavités naturelles que la méthode nouvelle

doit trouver les éléments qui lui assureront sur les autres une supériorité qui lui semble acquise.

Deux mots maintenant du procédé :

Une vessie ou réservoir élastique (tissu des pessaires Gariel), est remplie de gaz d'éclairage au moyen de la simple pression du gazomètre. Par un système de conduits de même nature (caoutchouc vulcanisé), ce réservoir est mis en rapport avec un tube de verre de 2 millimètres environ d'épaisseur, de 3 à 4 millimètres de calibre, effilé à son extrémité, en pointe creuse d'un calibre de 1 à 2 dixièmes de millimètre.

Sous une pression de très-peu supérieure à celle de l'atmosphère, le gaz s'échappe de ce même orifice et offre un jet inflammable de 12 à 15 millimètres de longueur ; sur ces 12 millimètres, six seulement appartiennent à la flamme active, à la flamme blanche. Ce petit jet suffit à fondre des fils de verre, d'argent, de laiton, ce qui suppose une température de 800 à 1,000 degrés dans le cœur de la flamme. Une température considérable est donc apportée en chaque point touché par la flamme [1].

Le maniement de ce petit tube de verre, porté au bout d'un long conduit de caoutchouc, est donc des plus faciles. Une vessie d'un à deux litres de capacité suffit aux plus longues opérations ; elle se charge au premier réservoir venu de gaz d'éclairage. Le chirurgien qui craindrait de n'en pas trouver au lieu où il serait appelé, peut emporter avec lui une ou deux vessies pleines : ces vessies demeurent plusieurs jours remplies sans déperdition appréciable.

Quant aux résultats définitifs, nous devrons attendre, avant de les formuler, une plus longue expérience ou du moins le résultat des opérations pratiquées.

Nous aurons soin de présenter, dans un subséquent numéro, les résumés détaillés des cas en cours d'observation et de ceux qui devront y être ajoutés.

Quant aux phénomènes de voisinage, nous le répétons, l'effet est absolument local et la température accumulée en un seul point : si la flamme est un peu trop longue, les parties immédiatement supérieures peuvent s'échauffer ; et, dans une cavité profonde, cela pourrait avoir quelque inconvénient. En réglant avec soin la longueur du jet, par le degré modéré de la pression, ces inconvénients disparaissent.

---

[1] La réalisation des idées et du plan de M. Nélaton est due à l'habileté et au savoir de notre collaborateur, M. Nachet fils.

Quant à la douleur, elle a paru très-supportable, dans les cas où le chloroforme n'a pas été employé. Dans les autres circonstances, elle rentre dans le cas de toutes les autres indications d'emploi des anesthésiques.

Une tentative a été déjà faite autrefois sur l'emploi de la flamme comme moyen cautérisateur. Gondret a employé de petites flammes pour la cautérisation superficielle ou de petite chirurgie, notamment dans les névralgies. M. Bouvier a employé la chaleur rayonnante dans des conditions morbides analogues.

L'objet et l'idée de M. Nélaton sont ici absolument différents. Il s'agit, dans ces essais, de cautérisation destructive, *complétement destructive;* et c'est aux grandes nécessités de la chirurgie qu'on s'adresse. Avec un petit dard de quelques millimètres, dans quelques cas à peine visible, on produit en moins de temps, avec infiniment moins d'appareil, et en restant toujours maître de régler l'instrument, des effets bien plus considérables qu'avec les cautères les plus énergiques de la chirurgie classique, sans en excepter ceux qui se fondent sur la pile électrique.

Ajoutons que le procédé qui a si bien réussi offre le maximum de simplicité : si, au lieu de ce jet simple, on employait un courant de gaz contenu entre deux courants d'air, comme on le fait aujourd'hui si généralement et si aisément dans l'industrie, on doublerait, presque sans complication de l'instrument, l'intensité de la chaleur produite. Mais, au simple degré qu'elle atteint aujourd'hui, les effets ont paru assez satisfaisants pour dispenser de chercher une plus grande perfection.

Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des progrès de ces intéressantes recherches. Ceux de nos confrères qui habitent Paris peuvent, d'ailleurs, les suivre eux-mêmes dans le service de l'éminent professeur. GIRAUD-TEULON.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur une nouvelle réaction de la vératrine.

Le professeur Trapp, de Saint-Pétersbourg, a observé que, lorsqu'on fait dissoudre de la vératrine dans de l'acide chlorhydrique concentré, on obtient une solution parfaitement incolore à froid. Mais, si on la soumet à une longue ébullition, elle prend peu à peu une coloration rougeâtre, et, enfin, devient d'un rouge très-intense, ressemblant à celui que présente le permanganate de potasse.

Cette solution, devenue rouge par l'ébullition, peut être conservée pendant plusieurs semaines sans subir le moindre changement de coloration. Les plus petites traces de vératrine suffisant pour déterminer cette réaction importante, qui se produit aussi bien avec la vératrine chimiquement pure qu'avec celle qu'on trouve ordinairement dans le commerce, M. le docteur Dieudonné n'hésite pas à appeler l'attention des hommes de l'art sur le procédé recommandé par M. Trapp.

Nouveau caractère servant à prouver la parfaite extinction du mercure dans l'axonge, lors de la préparation de l'onguent mercuriel.

Suivant M. Righini, pour se convaincre de la parfaite extinction du métal, il suffit de triturer un peu d'onguent mercuriel dans un mortier de marbre avec un pilon de bois dans un lieu obscur. Si le mercure n'est pas complétement divisé, la pommade présente un éclat remarquable, sous la forme d'une bande métallique de couleur d'argent, fait qui n'a pas lieu quand le mercure est complétement éteint.

Un mot encore sur l'écorce de lebbeck. — Rectification.

Le lebbeck est bien de la famille des acacias; sa fleur est blanche et odorante. Wight a présenté à l'exposition de Madras une autre variété de lebbeck, arborescent, et indigène de Travancore et de la côte de Coromandel. On manque, sur les caractères de cette espèce d'acacia, de renseignements assez précis pour dire que l'un et l'autre n'appartiennent pas à la même tribu; ils portent du reste les mêmes noms en tamoul (Katuvagi). Les deux lebbeck produisent une gomme identique dans ses propriétés physiques et chimiques. Elle se trouve sous deux formes différentes : quand elle sort spontanément des fissures de l'écorce, elle affecte la forme de plaques recourbées à surfaces irrégulières, présentant des lignes longitudinales et transversales qui indiquent qu'elle était pressée entre deux portions d'écorce; elle se dessèche presque aussitôt sortie. Si la gomme suinte d'incisions pratiquées à l'écorce, elle se solidifie en larmes courtes, qui se superposent les unes aux autres et ressemblent alors à des stalactites. Cette gomme est friable, transparente, variant en couleur, du jaune presque incolore au rouge; elle se gonfle beaucoup dans l'eau, qui n'en dissout qu'une faible partie, devient gélatineuse et se divise facilement; elle ne se colore pas par l'eau iodée; sa solution n'est pas modifiée par le sulfate de fer. En 1858, l'écorce et la gomme de lebbeck ont figuré à l'exposition parmi les produits

coloniaux qui avaient été envoyés de Pondichéry à Paris. La gomme de l'acacia lebbeck est très-abondante dans l'Inde ; on pourrait, à ce qu'il paraît, en tirer un bon parti. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur un nouveau mode de ligature, la ligature élastique.

A M. le professeur Trousseau.

Mon cher maître,

Vous m'avez, il y a deux mois environ, confié l'idée d'une application chirurgicale qui m'a frappé avant toute expérimentation, et dont chaque essai a fait ressortir à mes yeux l'importance, depuis que je me suis mis à l'œuvre. « Essayez donc, m'avez-vous dit, pour faire tomber les tumeurs pédiculées, de les serrer d'un fil de caoutchouc. »

C'est ce que, d'après vos conseils, je viens de faire dans 17 opérations, dont voici les détails :

2 ectropions. Destruction d'une portion de la peau de la paupière supérieure. — 1 tumeur veineuse de la paupière inférieure. — 1 tumeur glanduleuse pédiculée, voisine du mamelon. — 1 lipome de la face interne de la cuisse ; la tumeur non encore tombée. — 2 fistules à l'anus. — 1 marisque douloureuse de l'anus. — 1 énorme *frambœsia* de la vulve. — 1 verrue multiple du dos de la main et du poignet. — 3 cas de végétations du gland. — 3 tumeurs verruqueuses glandulaires, 2 au visage, 1 au cou. — 1 cas d'extirpation d'une portion du prépuce. Total, 17.

Je me crois donc en mesure aujourd'hui, mon cher maître, de

(1) Le mode de ligature sur lequel M. Ad. Richard vient appeler l'attention des praticiens n'est pas aussi nouveau qu'il le pense ; voici plus de quinze années que nous y avons recours, et nous sommes loin de croire que nous ayons été le premier à le mettre en usage. L'expérience nous a appris que, lorsqu'on traite un enfant, l'action progressive de la constriction exercée par les fils de caoutchouc, implique quelques précautions. La plus importante est de pouvoir enlever à volonté le lien constricteur ; or, on ne sectionne pas toujours facilement un fil, caché qu'il est dans les plis du pédicule de la tumeur. Rien de plus simple si on a pris le soin d'introduire une anse de fil entre la ligature et la peau ; il suffit de tirer sur cette anse pour faire saillir l'anneau de caoutchouc, que l'on coupe sans crainte de blesser le malade. A l'aide de plusieurs de ces anses de fil on peut enlever les ligatures et les replacer après un temps de repos. Nous avons également employé des plaques de caoutchouc au centre desquelles nous avions fait percer des trous de diverses grandeurs à l'aide d'un emporte-pièce. En pratique, ce sont surtout les indications qu'il s'agit de bien déterminer ; celles-ci posées, les moyens font rarement défaut.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

vous fournir quelques données précises sur ce qu'il est permis d'attendre de votre *ligature élastique*.

Tel est, en effet, le nom que nous lui donnerons, si vous le voulez bien, car son but et son mécanisme diffèrent essentiellement de ceux de la ligature ordinaire.

Celle-ci épuise à l'instant même son effet mécanique. Tout ce qu'elle doit donner, elle le donne immédiatement. C'est pour cela que ses résultats sont si souvent illusoires. Pour la rendre efficace, ou bien il faut, comme l'a si bien enseigné M. Rigal (de Gaillac), fragmenter le plus possible la base de la tumeur, multiplier les ligatures, et, donnant ainsi du premier coup à la striction une rigueur absolue, déterminer le sphacèle sur place et d'emblée ; ou bien on est contraint, et cela peut offrir plus d'un danger, de soutenir et de répéter l'action par l'usage des serre-nœuds ; ou bien enfin on donne à la ligature une puissance énorme, et les tissus sont divisés séance tenante : c'est l'écrasement linéaire de M. Chassaignac, véritable conquête de la chirurgie.

L'action de la ligature élastique est absolument inverse ; elle est continue et incessante. Elle peut être faible ou forte au début ; l'essentiel est de comprendre que vous avez tendu un ressort qui ne se repose qu'après avoir accompli la tâche que vous lui avez imposée. Suivez cette tumeur dont la base vient d'être étranglée par le fil élastique : le premier jour, elle reste la même ; le deuxième et le troisième, la température baisse insensiblement, la peau devient un peu flasque, la couleur un peu plus terne. Ces caractères s'accentuent les jours suivants : la masse se réduit, se ride, se sèche ; elle se détache du quinzième au vingt-cinquième jour, sans effort, sans douleur, sans inflammation, sans que le malade s'en aperçoive. C'est la marche de la gangrène sèche. Et pendant ce temps, le sillon qui sépare le mort du vif reste caché par la ligature. Vous avez comme l'immunité d'une plaie sous-cutanée. A la chute de la tumeur, la réparation est achevée presque entièrement. Tels sont les résultats que m'ont donnés mes opérations, avec quelques différences tenant au siége, au volume, à la consistance.

Pour ce qui est de la manœuvre, si le pédicule a un peu d'épaisseur, il est difficile de faire une ligature simple, serrée juste au degré que l'on désire. Je me suis arrêté à *ficeler*, passez-moi l'expression, le pédicule par deux, trois, quatre, jusqu'à dix tours de fil de caoutchouc. De cette manière, on dose la force élastique à volonté, et on dirige facilement le fil même sur une ligne sinueuse. Le fil est arrêté par un nœud double.

Telle que je l'ai entrevue dans ces différents essais, la ligature élastique me paraît avoir, mon cher maître, une grande valeur en chirurgie. Elle me semble devoir remplacer tous les modes de ligature usités jusqu'à présent. Elle est innocente, à peine douloureuse dans les heures qui suivent son application, d'un emploi facile dans une foule de régions.

Quel sera définitivement son domaine? S'attaquera-t-elle à des tumeurs volumineuses, à des portions de membre même? Tout cela est possible et sera sans doute tenté.

Pour moi, je vous l'avoue, je me sens plus disposé en ce moment à l'étudier avec soin qu'à vouloir l'étendre inconsidérément. Elle m'a semblé d'une telle importance, que j'ai peur de la compromettre. Il nous faut mesurer, et suivant les cas, la force à employer; décider si, pour les implantations un peu larges, il ne serait pas utile de tracer la rainure par une cautérisation circulaire de la peau; trouver des instruments propres à bien limiter l'application de la ligature; enfin établir une comparaison bien consciencieuse entre le mode nouveau, le caustique et le bistouri; car l'intervention opératoire a tant de faces, tant de différences, tant de nuances, que le chirurgien doit avoir toujours prêtes toutes ses armes. Vous nous donnez là, cher maître, une arme nouvelle. Elle vient donc d'un bon faiseur; mais apprenons à en jouer.

ADOLPHE RICHARD.

Cas de relâchement pathologique des symphyses du bassin; guérison par les eaux d'Aix, en Savoie.

Me conformant au désir que vous m'avez exprimé, de me voir contribuer à éclaircir le traitement médical du relâchement des symphyses du bassin, par des observations établissant l'efficacité d'agents thérapeutiques médicaux, je me suis mis à la recherche de faits dont je pusse par moi-même vérifier l'exactitude et l'authenticité. Si le tribut que je vous apporte n'est pas riche par le nombre, car je n'ai qu'un seul fait à vous signaler, il est du moins important par les circonstances qui l'accompagnent, qui lui donnent les caractères d'une grande authenticité et par son heureuse terminaison.

Voici ce fait : Mme Z***, d'une belle constitution, d'un tempérament lymphatique, placée dans des conditions sociales et hygiéniques excellentes, se trouva, à la suite de la quatrième grossesse, dans l'impossibilité de marcher. Cette lésion fonctionnelle fut attribuée par les médecins de la malade à un relâchement des ligaments du pelvis.

Le traitement, qui s'est prolongé pendant huit ans et auquel on avait appelé à prendre part toutes les célébrités, fut primitivement exclusivement chirurgical. On fixa le bassin dans un mastic fait d'étoupes, d'alun et de blancs d'œufs (étoupade de Moschati); mais la malade ne put supporter cet appareil; on la conduisit à Paris, où l'on fabriqua une espèce de ceinture qui n'aboutit qu'à occasionner des douleurs atroces qui ont gravement altéré sa santé. M. Marjolin, appelé à son tour à soigner la malade, ne cessait de lui répéter ainsi qu'à son mari : « Il n'y a que le temps et les eaux qui guériront. » On retourna donc en province dans le même état que celui dans lequel on était venu, avec des souffrances en plus et l'espérance en moins, car le *temps* et les *eaux* parurent à la malade un de ces expédients moyennant lesquels les praticiens cherchent quelquefois à voiler leur impuissance. On s'adressa à Mathias Mayor, qui, croyant avoir affaire à une affection de la moelle, avis qui n'a jamais été partagé par personne, fit appliquer à la pauvre malade une série de moxas, hélas ! sans résultat profitable.

Pendant quelque temps on cessa tout traitement; puis, il fut de nouveau question des eaux, et cette fois on envoya la malade à Aix, en Savoie; elle en éprouva d'abord une légère amélioration, puis elle y retourna une seconde et une troisième fois; elle fut enfin parfaitement guérie, et put renoncer aux béquilles avec lesquelles elle avait été forcée de marcher pendant huit ans et reprendre ses occupations dans sa maison.

Ces faits, dont j'ai été en partie témoin, mais à une époque où ils ne pouvaient avoir pour moi aucune signification scientifique, ont été observés par un de mes confrères avec lequel je suis très-lié et qui est un des médecins traitants survivants de la malade, M. le docteur Beltz; je l'ai donc interrogé, il m'a confirmé les détails ci-dessus, mais surtout deux choses qu'il nous importe le plus de connaître, à savoir : que Mme Z*** a été affectée pendant *huit ans* d'un relâchement des symphyses du bassin et qu'elle en a été parfaitement guérie par les eaux d'Aix.

Herrgott,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Remarques sur un cas de rétention du placenta à la suite de fausse couche, par rupture du cordon et défaut de délivrance.

Autant est simple et facile la parturition s'accomplissant dans toutes ses conditions naturelles, autant elle soulève de difficultés, d'embarras, et de questions délicates de pratique, aussitôt qu'elle se

trouve déviée de l'état normal. La conviction que l'on ne saurait jamais assez faire connaître les faits capables d'éclairer, en quelque manière, ces questions et de résoudre ces difficultés, m'engage à vous adresser le cas suivant dans lequel j'ai eu à intervenir. Il me suffira de dire, au préalable, qu'il touche à la question si ardue de la délivrance dans les fausses couches de quatre à cinq mois, pour le signaler, comme il le mérite, à l'attention de nos confrères.

Obs. *Rétention du placenta à la suite d'une fausse couche à cinq mois, par rupture du cordon et défaut de délivrance.— Phénomènes consécutifs : hémorrhagie subite et foudroyante le douzième jour. — Extraction du placenta décollé et en partie engagé dans le col. — Arrêt immédiat de l'hémorrhagie. — Longue convalescence. — Métrite consécutive. — Guérison.* — Mme L***, âgée de trente ans, de constitution délicate, mais jouissant d'une assez bonne santé habituelle, réglée à quatorze ans, sans difficultés notables, mariée à vingt ans, a *eu neuf grossesses,* sur lesquelles trois à terme et six fausses couches. Des trois enfants venus à terme deux sont morts, l'un immédiatement après l'accouchement, l'autre huit jours après. Un seul est vivant ; c'est une petite fille âgée de quatre ans, bien portante. Presque toutes les fausses couches se sont réalisées dans les environs du quatrième mois de la grossesse : toutes se sont accompagnées d'hémorrhagie plus ou moins abondante et grave ; mais deux d'entre elles ont présenté, en outre, des accidents d'une autre nature relatifs à la délivrance. Dans un cas qui a précédé d'un an et demi celui dont l'histoire va être rapportée en détail, après une fausse couche à quatre mois et demi, le délivre n'ayant pas été rendu, bien qu'on eût supposé le contraire, des accidents graves se manifestèrent dès le huitième jour : l'hémorrhagie, qui n'avait point cessé depuis l'expulsion du fœtus et qui l'avait également précédée, prit tout à coup une intensité redoutable; de plus, le sang rendu soit liquide, soit en caillots, répandait une odeur fétide insupportable. Deux médecins appelés retirèrent de la matrice plusieurs lambeaux de chair (expression de la malade). Il n'est pas douteux qu'il s'agissait là de morceaux de placenta. A partir de ce moment, l'hémorrhagie se calma. La malade eut des frissons violents et du délire. Elle fut jetée, pendant quelques jours, dans un état d'affaiblissement et de prostration tel qu'on désespéra plusieurs fois de sa vie. Elle se releva cependant, récupéra des forces à la longue et ne tarda même pas à redevenir enceinte. Toutefois, — et c'est là un renseignement qu'elle nous a donné avec une parfaite certitude, — les règles ne s'étaient pas régularisées, et, depuis les accidents qui

précèdent, elle n'avait pas cessé un seul instant d'être sujette à un écoulement rougeâtre, assez épais, continu quoique peu abondant, et tachant fortement son linge avec une auréole rosée. Quoi qu'il en soit, elle vit s'établir sa nouvelle grossesse avec les accidents habituels du début auxquels elle n'a, d'ailleurs, jamais échappé : vomissements, phénomènes dyspeptiques, vertiges, douleurs lombaires, profonde lassitude. Vers le commencement du cinquième mois (février 1863), elle se sentit prise, à la suite d'un travail manuel un peu fatigant, de douleurs lombaires plus vives que celles qu'elle éprouvait habituellement, de coliques sourdes dans le bas-ventre, et en même temps d'un peu d'écoulement sanguin. En raison de son expérience en fait de fausses couches, elle conçut immédiatement l'appréhension d'un accident semblable. Un médecin appelé lui conseilla le repos au lit. L'hémorrhagie n'avait, du reste, rien d'autrement inquiétant. Cependant les douleurs augmentèrent progressivement, les coliques devinrent plus violentes, l'hémorrhagie plus abondante, et à la suite de quelques efforts légers, un fœtus mort fut expulsé dans la nuit. Se rappelant les accidents graves auxquels elle avait été précédemment en proie et le danger extrême qu'elle avait couru par suite de la non-délivrance, elle attendit patiemment sans bouger, le fœtus entre les cuisses, l'arrivée de son médecin qu'elle avait fait immédiatement appeler. Celui-ci crut pouvoir, à la faveur de quelques coliques, tenter la délivrance. Mais n'ayant pas tenu assez compte, sans doute, de l'exiguïté et de l'inconsistance du cordon en pareille circonstance, il sentit celui-ci se rompre sous la plus légère traction, exercée d'ailleurs le plus méthodiquement possible et avec les plus grandes précautions. Cette rupture eut lieu évidemment au voisinage de l'insertion du cordon, puisqu'il n'en resta pas de vestige saisissable par le toucher. Cet incident ayant créé des difficultés réelles à la délivrance, on n'insista pas. L'écoulement sanguin était, d'ailleurs, insignifiant, et rien dans l'état de la malade n'était de nature à inspirer, pour le moment, la moindre inquiétude.

Des renseignements détaillés nous font défaut relativement à ce qui se passa dans les huit ou dix jours qui suivirent le moment où furent faites ces tentatives infructueuses de délivrance ; il ne paraît pas, toutefois, qu'elles aient été renouvelées. Ce qui est certain, c'est que le seigle ergoté fut administré à doses fractionnées, que quelques caillots de sang étaient rendus chaque jour et qu'on crut y retrouver des débris du délivre, qu'aucun accident notable ne se produisit, qu'enfin la malade se trouva si bien, qu'elle crut pouvoir commencer à quitter le lit le dixième jour. Le premier essai, qui ne

dura, d'ailleurs, guère plus de trois quarts d'heure, se passa assez bien, sauf un sentiment très-prononcé de faiblesse générale. Le lendemain, la malade se leva de nouveau; mais à peine sortie du lit, elle se sentit prise d'un malaise tel, qu'elle dut y remonter bien vite. Quelques coliques assez vives se déclarèrent, et quelques caillots de sang assez volumineux furent expulsés. Cependant l'incident n'eut pas de suite immédiate, et la malade s'endormit paisiblement dès huit heures du soir. Mais, réveillée vers minuit par d'assez violentes douleurs dans le bas-ventre, elle se trouva comme dans un *bain de sang*, selon ses expressions. C'est dans ces circonstances que nous fûmes mandé auprès de la malade, à trois ou quatre heures du matin. A part l'hémorrhagie, qui n'était que trop évidente, les renseignements fournis par l'examen direct furent de peu d'importance, et, en tout cas, il ne nous éclairèrent point sur la cause de l'accident grave, en présence duquel nous nous trouvions. Nous trouvâmes, en effet, l'utérus encore un peu volumineux, mais rentré à sa place à peu près normale. Au toucher, le col était d'une extrême mollesse, mais si peu dilaté et dilatable, que ce n'est qu'à grand'peine que nous parvînmes à faire pénétrer l'index au delà de son orifice externe. Quelque soin que nous y ayons apporté, il ne nous a pas été possible de rien constater qui nous permît d'affirmer la présence du placenta dans l'utérus, bien que, cependant, nous fussions très-porté à le supposer. Quoi qu'il en soit, une indication urgente existait, celle d'arrêter, ou au moins d'atténuer autant que possible l'écoulement sanguin. Nous nous hâtâmes d'y obéir. D'ailleurs une situation appropriée donnée à la malade dans son lit (soulèvement des cuisses et du bassin, déclivité du tronc et de la tête) et l'application de serviettes trempées dans l'eau froide à la région hypogastrique et à la partie supérieure des cuisses, arrivèrent, dans un très-bref délai, à modérer l'hémorrhagie, au point que deux heures après elle était devenue insignifiante. Elle ne se renouvela pas de la journée. Nous n'en conservions pas moins des doutes profonds sur la réalité de l'expulsion du délivre et nous ne pouvions nous défendre de croire, bien que nous n'en eussions pas la preuve certaine, que c'était à sa persistance dans l'utérus qu'il fallait très-probablement rapporter, comme à leur source véritable, les accidents qui venaient de se manifester, l'hémorrhagie en particulier. En tout cas, ces doutes valaient bien la peine d'être éclaircis : nous eûmes recours à plus autorisé que nous, et notre excellent collègue, M. le docteur Gueniot, voulut bien nous prêter son concours. Comme nous, il trouva l'utérus en grande partie rétracté, le col très-ra-

molli, mais fort peu dilaté; il parvint assez difficilement à introduire son index dans la cavité utérine; mais là il crut éprouver, sur l'un des points de sa paroi, la sensation que donnerait au doigt une surface membraneuse décollée et soulevée par du liquide, ou, en d'autre termes, une phlyctème assez étendue. Le toucher ne présenta pas d'autres particularités, sinon qu'il fût très-douloureux. Quoi qu'il en soit, et sans se prononcer définitivement sur l'état réel des choses, M. le docteur Gueniot émit l'avis formel qu'il ne fallait pas intervenir par des moyens violents et directs, qu'il y avait indication à administrer le seigle ergoté à doses fractionnées (de 1gr,50 à 2 grammes dans vingt-quatre heures, à la dose partielle de 50 centigrammes), et que l'on devait attendre en surveillant, toutefois, de très-près et très-attentivement la malade. Ainsi furent faites toutes les choses. Sous l'influence du seigle ergoté, administré comme il vient d'être dit, les contractions utérines parurent se réveiller; mais à en juger par les manifestations douloureuses, elles furent très-faibles et de très-courte durée. De temps en temps étaient rendus quelques caillots sanguins, d'ailleurs peu volumineux, lesquels, examinés avec le plus grand soin, ne présentèrent aucune trace de détritus placentaire. Du reste, l'écoulement sanguin continuait à être insignifiant. Les choses allaient ainsi depuis environ trente-six heures, et 2gr,50 de seigle ergoté avaient été en tout absorbés, lorsqu'à la suite de coliques beaucoup plus violentes que les précédentes, se déclara presque subitement une nouvelle hémorrhagie. D'emblée, son intensité fut telle, que la malade fut jetée très-rapidement dans un état syncopal des plus graves. Pratiqué en ce moment, le toucher nous fit constater une modification dans l'état du col, que nous n'avions pas encore rencontrée. Celui-ci nous parut très-élargi et comme champignonné à son extrémité, que nous ne pouvions nettement circonscrire. En cherchant son orifice externe, notre doigt s'enfonçait dans une espèce de cavité infundibuliforme, à travers une substance molle et spongieuse, plissée et donnant lieu, en tout cas, à une sensation de consistance et de forme toute différente de celle qui, jusque-là, avait été fournie par le col. De quoi s'agissait-il là? Il était tout naturel de penser, après les doutes qui n'avaient cessé d'occuper notre esprit, qu'il s'agissait du placenta décollé et engagé dans le col; et les derniers accidents étaient fortement de nature à légitimer ces présomptions. Ajoutons cependant qu'ayant saisi *ce corps*, quel qu'il fût, entre deux doigts, il ne parut pas céder aux quelques tractions que nous exerçâmes. Ces tractions, d'ailleurs, ne provoquèrent aucune douleur. Mais

s'il y avait matière à réflexion, il n'y avait pas temps pour elle : l'hémorrhagie avait pris les allures les plus menaçantes, il fallait agir d'urgence. Avec M. le docteur Dumoulin, qui voulut bien nous prêter son concours éclairé, nous décidâmes d'introduire immédiatement le spéculum. A peine la cavité vaginale eût-elle été détergée du sang, soit liquide, soit en caillots qui l'obstruait, et aussi de quelques tampons extemporanés qui avaient été placés à la hâte pour s'opposer autant que possible à l'abondance de l'écoulement sanguin, en attendant l'arrivée de notre confrère, que le col nous apparut avec un aspect tout particulier. C'était comme un large champignon blanchâtre, d'apparence ulcéreuse et qui eût pu très-facilement en imposer, par sa forme et son aspect, pour une tumeur carcinomateuse ramollie et ulcérée. Mais bientôt se montra à nous une petite portion de la lèvre supérieure du col lui-même, et il fut alors facile de voir que le *corps* en question était comme exprimé à travers l'orifice externe de celui-ci. D'ailleurs, saisi avec la pince à spéculum, il ne tarda pas à céder sous quelques tractions, et il fut ainsi ramené en deux ou trois lambeaux, que l'on reconnut alors facilement pour être le placenta lui-même. A part sa fragmentation, il était d'une intégrité parfaite. L'hémorrhagie se suspendit immédiatement ; la malade demeura, pendant quelques jours, très-faible. Mais à part une céphalalgie intense et quelques frissons très-passagers, aucun accident grave ne vint l'assaillir. Un petit tampon préventif fut placé le premier jour ; les jours suivants on se contenta de faire, matin et soir, des injections et des irrigations avec de l'eau légèrement acidulée. L'écoulement lochial fut abondant, très-fétide, et presque constamment coloré en rose. Nous devons ajouter qu'à celui-ci succéda un écoulement verdâtre puriforme, dont la coïncidence avec des douleurs sous-abdominales vives et continues, qui, deux mois après les accidents précédents, n'avaient pas encore disparu, témoignait de l'existence consécutive d'une métrite tout au moins partielle, et que nous ne faisons que mentionner ici, bien qu'elle nous paraisse devoir tenir une place sérieuse dans les soins subséquents à donner, en pareille circonstance, à la malade.

Les détails très-circonstanciés dans lesquels nous sommes entré dans la relation du fait qui précède nous dispensent de longs commentaires. Les enseignements qu'il porte avec lui n'échapperont pas à quiconque voudra bien en prendre une connaissance attentive. Il serait impossible, d'ailleurs, d'aborder ici toutes les questions de pratique qu'il soulève. Qu'il nous soit permis seulement de faire remarquer combien il est nécessaire de se montrer circonspect en

matière de *délivrance*, lorsque la réalité de celle-ci n'est pas entourée des preuves les plus matérielles, et aussi jusqu'à quel point il est permis de compter sur le rôle et l'efficacité du seigle ergoté en pareille occurrence. J.-V. LABORDE.

BIBLIOGRAPHIE.

Atlas d'ophthalmoscopie représentant l'état normal et les modifications pathologiques du fond de l'œil, visibles à l'ophthalmoscope, composé de 12 planches contenant 57 figures tirées en chromo-lithographie, accompagnées d'un texte explicatif et dessinées d'après nature, par le docteur Richard LIEBREICH.

Il n'y a pas encore un bien grand nombre d'années, et il ne faut pas être un bien vieux praticien pour avoir conscience ou souvenir de cette époque, que le diagnostic différentiel des lésions propres aux différents tissus de l'œil (nous entendons les tissus profonds) passait pour un véritable tour de force, si ce n'est peut-être pour une prétention plus présomptueuse que justifiée. Cette époque était celle de la première invasion de l'ophthalmologie allemande sur le domaine chirurgical français.

Que doivent penser aujourd'hui les témoins des premiers pas des élèves de l'école de Vienne, des Beer et des Frédéric Jaeger ? Aux éléments plus ou moins délicats de ce diagnostic de détail et qui, se fondant sur l'observation extérieure de l'œil, exigeait une habitude et un esprit d'observation peu communs, voici que succède aujourd'hui une science entière et nouvelle, qui met sous nos yeux non-seulement le plus riche tableau diagnostique, mais encore expose et développe toute l'anatomie morbide de chacune de ces affections si difficiles à démêler entre elles. L'œil du médecin pénètre aujourd'hui dans les profondeurs de celui du malade, il l'explore aussi facilement, que disons-nous ! bien plus complétement qu'il ne fait des parties extérieures. Il y pénètre armé du microscope, du microscope composé même, et fait, à la fois, de l'observation médicale, de l'anatomie pathologique vivante, et même de l'histologie micrographique.

L'ophthalmoscope ne nous donne pas moins que cela : chacun a pu s'en assurer aujourd'hui par soi-même. Cette application de la science n'est plus le bénéfice étroit de quelques-uns ; elle est aujourd'hui, en dix minutes, mise à la portée et entre les mains de chacun. Mais tout le monde ne peut suivre d'une façon prolongée les cliniques spéciales ; et du maniement de l'ophthalmoscope à la connaissance plus ou moins satisfaisante de l'oph-

thalmoscopie, il y a place pour des études réclamant nécessairement un certain temps. Cette nécessité, qui a enfanté autrefois les iconographies diverses qui enrichissent les bibliothèques, étend aujourd'hui leur application aux altérations présentées par les affections profondes de l'œil.

C'est d'un travail de ce genre que nous venons entretenir aujourd'hui nos lecteurs.

L'atlas de M. le docteur Liebreich (de Berlin) est un véritable monument élevé à la science ophthalmologique. Cet atlas, accompagné d'un texte allemand et français, se compose de douze magnifiques planches coloriées, mais surtout d'une rare perfection comme richesse de détails, fini d'exécution, exactitude quasi-phothographique.

L'auteur a résumé dans ces dessins dix années de patientes investigations poursuivies dans la première clinique ophthalmologique de l'Europe, l'institut de M. de Graëfe, dont il était l'un des assistants les plus distingués. En se guidant sur l'étude et la comparaison de ces planches avec les données fournies par l'observation de la nature, tout médecin en possession du maniement de l'ophthalmoscope, peut promptement arriver à une exactitude diagnostique surprenante; en s'appuyant, en outre, il est utile de le dire, sur les travaux descriptifs et critiques épars aujourd'hui dans la science sur chacune des maladies les plus communes qui ressortissent au tribunal de l'ophthalmoscopie. Il convient, en effet, de connaître un peu ce qui a été écrit et observé déjà dans cet ordre de faits, afin de poser les bases d'une interprétation exacte. Mais la description elle seule serait insuffisante; elle doit s'appuyer soit sur l'expérience personnelle, soit sur les dessins relevés par ceux qui nous ont précédés dans cette voie. A cet égard il n'est pas d'autre travail comparable à celui de notre distingué confrère de Berlin.

Cela posé, si nous avions un conseil à donner, une règle à tracer, nous engagerions le médecin qui veut acquérir une connaissance sérieuse des maladies profondes, anatomiques, de l'organe de la vue, à étudier d'abord la planche II de M. Liebreich. Il y trouvera la première base de toute étude de ce genre : les apparences diverses d'une merveilleuse exactitude, que peut présenter un œil sain, un œil normal, dans ses conditions variables de pigmentation. Cette planche contient quatre figures, et il est indispensable d'être bien pénétré des aspects divers que peut offrir le fond de l'œil chez les différents sujets, sans cesser d'être un organe sain et parfaitement physiologique.

Dans la classification de ces planches, l'auteur suit l'ordre naturel ou anatomique, en commençant par les membranes les plus profondes : il décrit d'abord une des maladies les plus communes que doive rencontrer le pathologiste : le staphylôme postérieur ou scléro-choroïdite atrophique. Cette maladie, on le sait, a pour premier symptôme extérieur une affection fonctionnelle, la myopie, et pour expression anatomique l'élongation du diamètre antéro-postérieur du globe, par ectasie des membranes profondes, choroïde et sclérotique. Les apparences ophthalmoscopiques que présente cette affection sont déjà devenues vulgaires ; nous n'insisterons donc pas sur leur description. Pour le détail, le lecteur n'aura qu'à étudier la planche III, qui reproduit sept spécimens divers de cette affection et permet ainsi d'étudier sous ses aspects et à ses degrés les plus variables, depuis le croissant de début jusqu'à la dénudation complète et étendue de la sclérotique.

Une des affections qui se rencontrent le plus fréquemment après la précédente, c'est la choroïdite disséminée. L'auteur en donne cinq exemples, dans lesquels il est permis de suivre la succession des phénomènes pathologiques depuis le début jusqu'à la réparation. On y verra comment la congestion est remplacée ou accompagnée, soit par des extravasats, soit par des exsudats, et l'action mécanique de ces épanchements divers sur le pigment, tant du stroma que de l'épithélium.

Les deux planches qui suivent montrent l'étroite connexion qui relie fréquemment entre elles les affections de la rétine et celles de la choroïde. La planche V en particulier est extrêmement remarquable à ce point de vue. Elle représente l'état des membranes à dix mois de distance chez un sujet, qu'au premier abord on aurait pu croire atteint de simple rétinite exsudative. De grands dépôts plastiques s'étendent dans la région centrale de l'œil, en suivant principalement le trajet des vaisseaux rétiniens éminemment turgescents. Quelques petites traces de dépôts pigmentaires et le fond un peu rouge de l'œil indiquent que la choroïde peut bien participer un peu à la maladie. Mais c'est dans la planche relevée après la guérison qu'apparaît dans tout son éclat cette participation de la choroïde. La dénudation de l'épithélium, la multiplicité des dépôts pigmentaires qui s'observent dans les régions, siége premier des exsudations rétiniennes, montrent le grand rôle joué par la choroïde dans ces différents processus de pathologie, soit active, soit régressive.

Les dessins qui ont pour objet la représentation de la rétinite

pigmenteuse ne sont pas moins intéressants au même point de vue. Le nom de la maladie indique la première opinion qu'on s'en est faite. On y a vu une affection propre de la rétine caractérisée, en effet, par des perturbations fonctionnelles spéciales et exclusives à cette membrane, mais compliquées, on ne savait pourquoi, de la présence de ces innombrables étoiles de pigment venues on ne sait d'où. Depuis les premiers travaux, les idées ont marché, s'appuyant du reste sur des observations plus scrupuleuses ; et on est arrivé à reconnaître que, dans cette affection, la rétine n'était probablement atteinte que consécutivement à la choroïde. Les travaux de ces dernières années mettent ce fait hors de doute et dorénavant la rétinite pigmenteuse devra représenter à l'esprit une lésion profonde dans la nutrition de la choroïde, qui voit son pigment désagrégé passer jusque dans la membrane limitante de la rétine. Ces réflexions nous conduisent aux maladies propres de la rétine, en passant toutefois par le décollement de la rétine, lequel n'est sans doute lui-même qu'une conséquence de l'épanchement choroïdien qui s'infiltre entre cette membrane et la rétine.

Les maladies de la rétine étudiées dans les planches VIII, IX et X représentent des hémorrhagies, des apoplexies, des embolies de l'artère centrale, enfin, tous les troubles que peuvent présenter les systèmes vasculaires, artériel et veineux. La planche IX offre un bel exemple des modifications de la rétine dans la dégénérescence qu'elle subit dans les périodes avancées de la maladie de Bright. L'étude ophthalmoscopique de cette maladie offre un intérêt qui n'échappera à personne ; on n'est pas sans savoir que, dans nombre de cas déjà, c'est l'oculiste qui a indiqué au médecin ordinaire, à la seule inspection ophthalmoscopique de l'œil, que son sujet était atteint d'albuminurie. Nous avons même vu des cas où la présence de l'albumine, en petite quantité d'ailleurs, avait échappé à un examen chimique un peu trop rapide et dans lesquels le caractère ophthalmoscopique, conduisant à un renouvellement d'examen, avait démontré l'état réellement albuminurique du malade. Ce cas-ci ne concerne donc pas seulement l'ophthalmologiste, mais aussi bien le médecin général. La rétinite proprement dite est représentée par M. Liebreich sous deux de ses formes les plus communes : la rétinite syphilitique et la rétinite leucémique. Ces deux exemples, on le voit, sont choisis dans la catégorie des affections générales ou diathésiques. L'école allemande, en effet, ne paraît pas croire à l'existence au moins commune de la rétinite idiopathique.

Les altérations de la papille du nerf optique forment la clôture de

la série des planches de ce bel ouvrage. Un grand nombre de figures sont consacrées aux apparences que présente l'entrée du nerf optique dans la rétine, dans les affections dites glaucomateuses. Les altérations qui caractérisent ces maladies consistent, on le sait, dans un refoulement en arrière de la pulpe nerveuse au delà des limites de la lame criblée, dans l'apparence recourbée des vaisseaux pliés en crochet sur les rebords du névrilemme et dans le battement spontané de ces mêmes vaisseaux. Ce dernier caractère ne peut point figurer dans les planches, mais les autres ont un cachet pathognomonique et que l'on peut étudier avec fruit sur les dessins. Si nous n'étions limité par l'étendue imposée à cet article, nous pourrions continuer longtemps encore cette dissertation, en demeurant les yeux fixés sur ses remarquables représentations graphiques. C'est, en effet, matière à tout un cours d'ophthalmologie. Chaque détail appelle naturellement toute une description et autant de dissertations sur l'objet qu'il représente. Nous espérons cependant en avoir dit assez pour justifier notre appréciation éminemment laudative de cette œuvre importante. Notre jugement sera même corroboré, quand on saura que cette iconographie a été dessinée à la loupe et qu'elle ne peut être étudiée dans tous ses éléments qu'au moyen de cet instrument. C'est ainsi que dans les représentations de l'œil normal on peut distinguer à la loupe le petit pointillé qui, dans les forts grossissements ophthalmoscopiques, révèle la présence des cellules hexagonales de l'épithélium de la choroïde.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la sciatique par les cautères à pois médicamenteux. Tout le monde sait combien la sciatique se montre quelquefois rebelle à tous les moyens dirigés contre elle, sans en excepter les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, qui avaient fait concevoir récemment de si belles espérances. Cette résistance et cette ténacité de la névralgie, dans certains cas, pouvaient seuls faire légitimer, et faire admettre dans la pratique les cautérisations transcurrentes avec l'acide sulfurique proposées et employées par feu le docteur Legroux, moyen qui, il faut bien le dire, ne laisse pas que d'être un peu cruel. Mais aux grands ou — ce qui est à peu près la même chose — *aux longs maux les grands remèdes.* — A ce titre la ressource suivante, employée par M. Trousseau dans sa pratique hospitalière, mérite peut-être de fixer l'attention. Elle se rapproche un peu de celle Legroux, si ce n'est, pourtant, que la violence du moyen est en quelque sorte plus localisée. Elle consiste à faire d'une même plaie un exutoire et un lieu d'absorption pour des substances stupéfiantes. Une plaie de 4 centimètres environ de longueur est pratiquée avec le bistouri dans le point le plus douloureux, à la partie moyenne du pli fessier pour la sciatique. Cette plaie devra être assez profonde et assez égale partout pour que des pois puissent y être facilement maintenus; aussi sera-t-il bon de faire

l'incision de dedans en dehors avec un pli à la peau. Le premier jour, M. Trousseau bourre cette plaie de charpie afin de la préparer à la présence de corps étrangers; il y introduit ensuite des pois (trois au début, sauf à en réduire le nombre, selon le degré d'amélioration) faits avec extrait de belladone, extrait d'opium et poudre de gaïac, de chacun 2 grammes, en les associant à une suffisante quantité de gomme adragante, pour 20 pois de la dimension ordinaire de ceux à cautère. Ces pois doivent être, de plus, séchés à l'étuve pour acquérir une dureté convenable. Leur présence dans la plaie ne détermine, à ce qu'il paraît, qu'une cuisson très-supportable et qui cesse au bout d'une ou deux heures. Ils sont entièrement ramollis, en cinq ou six heures, et forment une bouillie noire qui baigne tous les points de la plaie. Sous l'influence de ce moyen, une amélioration très-rapide s'est produite chez deux malades, dont voici l'histoire très-abrégée :

Le premier, homme de 38 ans, avait eu, il y a neuf ans, une sciatique, gauche, alternant pendant une dizaine de jours avec une céphalalgie. Le sulfate de quinine n'avait eu d'action que sur celle-ci : la sciatique persista un mois. Aujourd'hui nouvelle attaque de sciatique, pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu le 17 avril. Tous les deux jours une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine, sans aucune amélioration. M. Trousseau eut alors recours au traitement ci-dessus; deux jours après, diminution notable des douleurs et guérison tellement rapide, que le malade a quitté l'hôpital quinze jours après.

Le second malade a ressenti, il y a six mois, les premières douleurs sciatiques à la cuisse et à la fesse gauches; le 4 mai, la névralgie était très-intense. Quatre injections sous-cutanées furent faites sans résultat. L'essence de térébenthine n'eut pas plus de succès. Mais les douleurs sont allées en décroissant à partir du moment où a été pratiquée l'incision fessière, et la marche a été possible quatre jours après. Aujourd'hui la guérison est complète. (*Gaz. des Hopit.*, juin 1863.)

Succès de la ligature de l'artère fémorale dans l'éléphantiasis des Arabes. Aux faits déjà rapportés dans ce journal (t. XLVII, p. 103 et t. LIX, p. 187) de la ligature de la fémorale dans l'éléphantiasis de la jambe et du pied, nous ajoutons le suivant, qui appartient à M. le docteur Butcler :

Marguerite D**, quarante-quatre ans, est admise le 6 novembre 1861, à Mercer's Hospital, pour un éléphantiasis des Arabes, qui remonte à dix-huit ans, et a envahi tout le membre inférieur droit. Comparé avec le gauche, ce membre mesure, en divers endroits, un quart, un tiers et jusqu'au double de sa circonférence. Il est rouge, douloureux, ulcéré aux orteils; la malade ne peut s'en servir, ni goûter de sommeil. Tous les moyens ayant été inutilement employés, le docteur Butcler, sur la proposition faite par le professeur Carnochan, pratiqua, le 25 novembre, la ligature de la fémorale. Après des difficultés opératoires répétées, l'artère fut découverte. elle avait un volume double de son volume naturel, sinon plus; elle était pâle et beaucoup plus flasque qu'à l'état normal, et ressemblait, en un mot, beaucoup plus à la fémorale du cheval ou de la vache qu'à celle de l'homme. Elle fut liée isolément. La température du membre diminua momentanément, mais pour reparaître bientôt à l'état normal. Aucun accident ne se manifesta. Le fil de la ligature ne se détacha que le trente et unième jour. Le 6 janvier 1862, on constatait une grande diminution de la circonférence du membre, laquelle continua progressivement, au point de permettre à la malade de marcher et de reprendre ses occupations de blanchisseuse. (*Dublin Quarterly journ. of med. science*, mai 1863.)

Tumeur du pharynx enlevée au moyen de l'écraseur linéaire. L'écraseur linéaire est un instrument qui n'a plus à faire ses preuves, et qui a acquis, dès ses débuts, droit de domicile dans l'arsenal chirurgical. On sait quelles sont les indications du procédé d'exérèse qui est fondé sur son emploi; une des meilleures est certainement celle qui se rapporte à l'ablation des tumeurs situées dans la profondeur des canaux, car il simplifie et facilite la manœuvre et rend plus sûres les suites de l'opération. Nous avons déjà rapporté des cas d'amygdales hypertrophiées ou cancéreuses enlevées au moyen de l'écraseur. Dans l'exemple que nous donnons aujourd'hui, le premier de ce genre à notre connaissance où cet instrument ait été mis en usage, il s'agit d'une tumeur située plus pro-

fondément et d'un accès moins facile que les tonsilles.

Un homme de soixante-treize ans, admis à London hospital, dans le service de M. Little, avait éprouvé, six mois auparavant, en criant, la sensation comme d'une rupture dans le gosier, mais sans cracher ni sang ni matière ; depuis, il avait constamment eu quelque chose de gros, comme un morceau dans la gorge, qui l'empêchait de respirer la bouche fermée et d'avaler facilement les aliments solides. A l'examen, on reconnaissait par le toucher l'existence d'une tumeur, et l'on pouvait en apercevoir une partie. Cette tumeur, implantée sur la paroi postérieure du pharynx, venait faire saillie en avant contre le voile du palais et fermait l'orifice postérieur des fosses nasales; en haut, elle s'étendait jusqu'auprès de l'apophyse basilaire, et, en bas, descendait à environ un pouce au-dessous de l'épiglotte. A sa base, dans la presque totalité de sa circonférence, se sentait une légère rainure. D'une consistance ferme, offrant les caractères d'une excroissance fibreuse, mobile sur la colonne vertébrale, elle n'avait pas présenté d'accroissement sensible depuis quelque temps, et ne causait aucune douleur, mais donnait lieu à de la dyspnée, de la dysphagie et à une gêne considérable de la parole. Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire. Il fut décidé en consultation qu'on l'enlèverait aussi complètement que possible, au moyen de l'écraseur linéaire. L'instrument fut armé d'un fil métallique fin, non élastique et très-flexible. L'anse de ce fil, disposée de manière à s'adapter à la forme de l'excroissance, fut portée dans le pharynx, sa partie inférieure passée au-dessous de la tumeur et tenue en place au moyen du doigt, puis la partie supérieure poussée au-dessus, le voile du palais étant attiré en avant; le fil se trouvait ainsi entourer la base de la tumeur, de manière à agir dans le sillon situé entre elle et les vertèbres. L'ablation fut faite sans aucune hémorrhagie, en deux ou trois minutes. Comme on le voit, la durée de l'opération fut courte, bien qu'il résultât quelque danger de cette rapidité d'action ; mais il était nécessaire d'agir vite, à cause de l'accroissement de la dyspnée, causé par les manœuvres. Le malade ne souffrit pas, et put de suite avaler plus facilement et dormir sans sterteur. La plaie se couvrit de granulations de bonne nature, et au bout de quinze jours l'opéré put quitter l'hôpital. La portion enlevée, qui avait environ deux pouces de long sur un et quart dans sa plus grande épaisseur, présentait l'aspect du tissu d'un ganglion lymphatique, avec des traces d'extravasation sanguine dans diverses parties. Elle consistait en masses de corpuscules semblables à des globules de pus d'ancienne date, ou à des corpuscules de glandes lymphatiques, infiltrés dans les tissus sains de la membrane muqueuse. La nature et le point de départ en sont restés incertains. (*Dublin med. Press*, mai 1863.)

Emploi thérapeutique du chenopodium anthelminticum. Depuis plusieurs années, on a introduit dans la matière médicale un certain nombre d'agents anthelmintiques qui, s'ils n'ont pas toujours l'avantage d'être faciles à prendre et d'une sûre efficacité, ont du moins la supériorité de venir de loin et de coûter cher; et cependant, nous négligeons des médicaments excellents que nous avons sous la main. Cette remarque, qu'on n'a eu déjà que trop souvent l'occasion de faire, s'applique parfaitement à l'ansérine ou chénopode vermifuge, plante originaire de l'Amérique du Nord, mais qu'il est très-facile de cultiver dans nos jardins. Le professeur Bentley vient de rappeler l'attention sur ses propriétés, à la Société pharmaceutique de Londres; et ce nous est une occasion d'exprimer le regret que, chez nous, on n'ait pas encore cherché à reconnaître expérimentalement si elle mérite en réalité la préférence qui, aux Etats-Unis, lui est accordée sur les autres vermifuges, dans le traitement des ascarides lombricoïdes principalement.

Les semences pulvérisées et l'huile de *chenopodium anthelminticum* sont les formes sous lesquelles ce médicament est ordinairement administré. En poudre, on en fait une espèce d'électuaire en le mêlant avec du sirop ou de la mélasse; la dose varie de 1 à 2 scrupules (1gr,30 à 2gr,60) pour un enfant de deux ou trois ans, et doit être donnée le matin à jeun et le soir au moment du coucher, pendant trois jours au plus, après quoi un purgatif est administré. La dose de l'huile volatile pour les enfants de l'âge qui vient d'être spécifié, est de 5 à 10 gouttes avec du sucre ou toute autre substance d'une saveur agréable.

Ce n'est pas un médicament nouveau que nous avons la prétention

d'indiquer à nos confrères. Tout ce qui précède a déjà été publié, notamment dans le Dictionnaire de Mérat et Delens, dans le Traité des plantes médicinales indigènes de M. Cazin, et dans notre collection même on trouvera des formules pour l'administration de l'ansérine (t. LIV, p. 459). Nous n'avons eu d'autre but que d'inciter les praticiens à essayer d'un remède qui est fort estimé par nos confrères américains : peut-être l'expérience prouverait-elle qu'il y a lieu de tirer parti d'une plante utile que nous pouvons nous procurer si facilement. (*Dublin med. Press*, mai 1863.)

De l'emploi de la saignée dans l'éclampsie puerpérale. M. Swayne, médecin accoucheur à l'hôpital de Bristol, et professeur d'obstétrique à l'École de médecine de cette ville, prend vigoureusement la défense de la saignée dans l'éclampsie puerpérale, et présente onze observations à l'appui de son opinion. Des ces onze femmes qui ont offert, dit-il, des attaques de *véritable* éclampsie puerpérale, neuf étaient primipares, deux seulement multipares. Dans dix cas, les convulsions apparurent à terme; dans un seul, avant terme, au septième mois. Les convulsions ont précédé quatre fois la rupture des membranes, et l'ont suivie sept fois. Dix femmes ont survécu, et seulement sept enfants; la femme qui a succombé est celle qui n'était qu'au septième mois de sa grossesse. Le travail s'est terminé cinq fois naturellement, quatre fois par le forceps, une fois par la craniotomie; et dans un cas il n'y a pas eu de travail.

Quant au traitement, dans ces onze cas, le principal remède a été la saignée, et les moyens secondaires ont été les purgatifs, les applications froides sur la tête, et les antispasmodiques. M. Swayne cherche à réhabiliter la saignée, qu'un auteur anglais a récemment traitée de « vieille routine, comme si la meilleure manière de mettre la malade en état de supporter la maladie était de la priver de tous les moyens de réagir contre le mal. » On a fait des objections théoriques aux traitements sanctionnés par l'expérience; mais, si M. Swayne accorde que le chloroforme a pu quelquefois être d'un grand secours en diminuant les convulsions, il ne pense pas que cet anesthésique agisse sur le *fons et origo mali*. Dans la plupart des cas, l'éclampsie puerpérale est accompagnée, et probablement causée, par une intoxication du sang que révèle la présence de l'albumine dans l'urine. Le chloroforme ne peut pas s'attaquer à cet empoisonnement, tandis qu'il est facile de prouver que la saignée agit en s'adressant à lui, en diminuant la congestion rénale. L'auteur cite un cas dans lequel l'albumine de l'urine atteignait le chiffre énorme de 80 sur 100, et tomba à 20 après la saignée; et un autre dans lequel les convulsions, ayant recommencé après la délivrance avec une nouvelle intensité, disparurent à la suite d'une seconde phlébotomie.

Il rappelle enfin que M. le docteur Behm a publié vingt observations d'éclampsie puerpérale traitée par la saignée et le calomel, vingt cas sur lesquels il eut dix-sept guérisons. (*British med. journal*, mars 1863.)

Application du clamp dans le prolapsus rectal. — Guérison. Il suffit de rapporter, sans commentaires, le fait suivant, pour démontrer de quelle utilité peut être le moyen employé par M. H. Smith, dans les circonstances où le chirurgien se trouve dans un grand embarras et en face de difficultés réelles. Chez un homme de quarante-neuf ans, très-affaibli, ayant un prolapsus considérable de toute la circonférence du rectum formant trois énormes segments irréductibles, et entré à King's college Hospital, M. H. Smith appliqua séparément le clamp (ou pince compressive) sur chacun des segments, et après avoir excisé la partie libre avec les ciseaux, appliqua ensuite le cautère actuel sur la surface saignante. Le clamp enlevé, une seule petite artériole donna du sang et dut être liée. Dès le quatrième jour, les selles eurent lieu sans accidents; les eschares tombèrent après une semaine, et au bout de quinze jours la guérison était complète. (*Lancet*, p. 578, 1863.)

Épingle de cravate avalée par un enfant, et rendue par les selles au bout de vingt-quatre heures. Les accidents qui, susceptibles par leur nature d'inspirer de graves inquiétudes, viennent à se terminer d'une manière favorable, sont toujours bons à connaître pour les praticiens, ne fût-ce que comme exemples à citer et propres à rassurer les familles dans les cas analogues. Ainsi

en est-il de la déglutition des corps étrangers, tels que les épingles, les aiguilles, etc.; ainsi en est-il du fait suivant, rapporté par M. Thomas Annandale, où le corps étranger appartient à cette catégorie, mais était d'un volume assez considérable.

Un jour du mois de janvier dernier, M. Annandale père était demandé en toute hâte par un honnête détaillant, qui était frappé d'épouvante : son enfant venait d'avaler une épingle de cravate, longue de 5 centimètres et portant un petit médaillon du module à peu près d'un centime. Il paraît que l'enfant, âgé de trois ans, s'était mis tout à coup à crier, et que, l'attention du père ayant été attirée vers la gorge, il y avait aperçu la pointe de l'épingle encore engagée dans l'isthme du gosier; il avait essayé de la saisir avec les doigts, mais il n'avait pu y parvenir, et le corps étranger avait disparu à ses yeux.

L'accident était arrivé immédiatement après le repas de midi, auquel le jeune garçon avait mangé quelques bouchées de roast-beef et du gâteau de riz en assez grande quantité. Depuis, le petit malade n'avait paru éprouver rien d'anormal. Les parents reçurent le conseil de le tenir au repos et d'examiner avec soin les matières de ses garde-robes. La nuit se passa bien, et le lendemain, au bout de vingt heures, il y eut une selle, sans aucune douleur, dans laquelle on retrouva l'épingle.

L'innocuité du passage du corps étranger à travers les voies digestives peut s'expliquer, dans ce cas, par la forme mousse et arrondie de la tête de l'épingle, partie qui s'engagea la première dans le pharynx, par sa longueur, par le fait de son ingestion immédiatement après un repas abondant et par la nature des substances dont se composait ce repas. C'est, en effet, une chose avantageuse, dans les cas où les corps étrangers avalés sont pointus, que l'estomac soit rempli d'aliments épais, propres à former des résidus abondants qui les entraînent en les invisquant et en les empêchant ainsi de blesser le canal intestinal. Il convient donc de recommander l'ingestion d'aliments de ce genre chez les personnes auxquelles est arrivé un tel accident : c'est une précaution qui n'est pas sans utilité; on doit lui attribuer une grande part dans l'heureuse guérison de plusieurs malades. (*Edinburgh med. Journ.*, mai 1863.)

Cas d'accouchement instantané. Anne S***, âgée de vingt-six ans, commence à se sentir *fatiguée* le 14 mars, à trois heures après midi. Pendant qu'elle était au lit, elle sentit, comme elle le dit, l'*appel de la nature*; puis, se levant, elle donna naissance à un enfant bien développé qui tomba sur le plancher, de sorte que le cordon se rompit à onze pouces environ de l'ombilic. Elle prit son enfant, et se recoucha, en le tenant à côté d'elle; puis, se sentant mieux, elle se leva, alla jusqu'à la porte de la maison, héla un cabriolet de place, et, y montant avec son enfant, se fit conduire à l'hôpital de la Reine-Charlotte. En y arrivant, elle fit quelques pas avec son enfant sur ses bras en attendant qu'on lui ouvrît la porte de l'hôpital; puis, une fois entrée, elle aurait encore voulu monter un escalier, si la sage-femme n'eût insisté pour la faire porter. Cela se passait entre huit et neuf heures du soir. Quand la malade fut au lit, la sage-femme trouva encore le placenta dans l'utérus, fit la délivrance sans difficulté, et vit qu'il y avait correspondance parfaite entre les deux extrémités de la rupture du cordon. La convalescence de la femme a parfaitement marché; elle ne s'est pas ressentie de son voyage, non plus que son enfant. (*British med. journal*, avril 1863.)

VARIÉTÉS.

Instrument nouveau (auto-ophthalmoscope) permettant l'exploration des parties profondes de l'œil gauche par l'œil droit et réciproquement.

M. le docteur Giraud-Teulon vient de présenter à l'Académie un nouvel ophthalmoscope qui réalise un dernier progrès, l'auto-ophthalmoscopie.

Le problème qui n'a pas pu être résolu dans l'examen par le sens de l'ouïe des fonctions respiratoires, l'étude sthéthoscopique de la poitrine du médecin

par lui-même, l'ophthalmoscopie vient de le réaliser dans son domaine. L'exploration des membranes profondes du globe oculaire par le sujet lui-même est désormais un acte aussi facile et aussi complet qu'il peut l'être, monoculairement, sur un étranger.

Notre savant confrère a réalisé, dans une instrumentation aussi simple dans sa construction que dans son mécanisme, l'idée émise par M. Helmholtz dès 1851, et qui indiquait sommairement comment l'ophthalmoscopie, que ce grand homme venait de découvrir, pouvait facilement être étendue d'un œil à l'autre.

Le problème à résoudre était éminemment simple en réalité. Il s'agissait tout bonnement de mettre l'œil gauche et l'œil droit dans les rapports précis qu'affectent, à l'égard l'un de l'autre, l'œil observé et l'œil observateur dans l'ophthalmoscopie classique. Il n'y avait pour cela qu'à infléchir, suivant les lois de la catoptrique, l'axe rectiligne dans lequel se confondent, lors de l'examen ophthalmoscopique ordinaire, les axes optiques de l'observé et de l'observateur, ou du moins la ligne unique suivie par la lumière pénétrante et la lumière émergente. On y est aisément parvenu en plaçant en face des deux yeux, et coupant *à 45 degrés* une ligne parallèle à la droite joignant les centres optiques, ou, si l'on veut, les pupilles, deux miroirs plans distants entre eux de l'intervalle même des yeux.

Par suite des réflexions qui s'échangent entre les deux miroirs, l'œil gauche voit devant lui l'œil droit, et celui-ci voit l'œil gauche. Si, dans une telle situation, et dans une chambre obscure, on place alors devant l'œil droit un miroir ophthalmoscopique ordinaire réfléchissant dans le miroir placé devant lui et suivant la direction de son propre axe optique, c'est-à-dire à 45 degrés, sur le miroir plan, la lumière d'une lampe placée sur le côté, la lumière réfléchie ainsi ira, tout droit, pénétrer dans l'œil gauche. Mais, par suite des lois de l'ophthalmoscopie, partie de cette lumière émergera de l'œil gauche en rebroussant chemin, et l'œil droit, placé derrière le trou de l'ophthalmoscope, *verra* devant lui la papille de l'œil gauche, non plus noire, mais rouge.

Avec une lentille concave appropriée, l'œil droit pourra donc percevoir l'image droite des parties profondes qui se détacheront sur ce fond rouge.

Mais il pourra avec plus d'avantages encore compléter le système en plaçant, entre l'œil gauche et le miroir plan placé devant lui, la lentille objective convexe de l'ophthalmoscopie classique. Cette interposition fera apparaître devant l'œil droit, en place de la papille rouge, l'image réelle et renversée des parties profondes, en particulier la papille du nerf optique et le réseau rétinien vasculaire.

En résumé, supposez la moitié droite d'un observateur placée devant la moitié gauche d'un sujet observé et se livrant sur celui-ci à l'examen ophthalmoscopique, une même ligne droite passant par le centre optique de chacun d'eux, les joint ensemble. Pliez, par la pensée, cette ligne en la recourbant deux fois à angle droit, de façon à raccorder la moitié gauche de l'observé avec la moitié droite de l'observateur, et vous aurez, sans rien changer aux conditions dioptriques de la question, marqué le chemin que doivent suivre les rayons lumineux dans l'auto-ophthalmoscopie. Cette double inflexion est, d'ailleurs, réalisée par une simple interposition des deux miroirs plans à 45 degrés, dont il a été question plus haut.

Cette méthode, comme nous l'avons dit, procure à volonté l'image droite ou l'image renversée : on voit, sans qu'il soit besoin de plus de détails, qu'elle ne change rien aux conditions théoriques connues de l'ophthalmoscopie.

Quand les distances des miroirs, la longueur focale des lentilles, la position de la source d'éclairage, la distance du sujet ont été bien régulièrement, et à l'avance déterminées, on peut, sans dilatation préalable de la pupille, embrasser à la fois une étendue très-notable de la superficie de l'image renversée, et cela sans une habileté préalablement acquise par l'exercice plus ou moins prolongé de l'ophthalmoscopie.

Sous ce rapport, cet instrument très-simple et qui sera acquis à bon marché chez M. Nachot, son constructeur, sera, nous le croyons, d'une réelle utilité dans les cliniques pour l'instruction des élèves. Nous ne parlons pas des avantages qu'on peut y trouver pour l'examen même de son propre œil, au point de vue physiologique et pathologique.

Inoculation de la stomatite aphtheuse du cheval.

M. Bouley, professeur de clinique à Alfort, vient de signaler à l'Académie une nouvelle source de virus vaccin. Il raconte qu'ayant observé dernièrement une éruption vésiculeuse qui avait la forme d'aphthes dans la bouche d'un cheval, il s'assura d'abord que cette éruption était contagieuse en faisant mâchonner à un autre cheval un bâton recouvert d'étoupe avec laquelle il avait essuyé la bouche de l'animal malade. Il prit ensuite le liquide renfermé dans l'une des vésicules et l'inocula sur le pis d'une vache non en état de lactation. L'éruption qu'il obtint était en tout semblable au cow-pox, et il ne s'agissait pas seulement d'une apparence, car les boutons de la vache servirent à vacciner un jeune enfant. Cet enfant a été présenté à l'Académie en même temps que trois élèves de l'école d'Alfort, revaccinés avec le même virus. Les boutons de l'enfant étaient très-bien développés; quelques-uns de ceux des jeunes gens étaient aussi assez bien caractérisés.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade d'*officier :* MM. Remy, médecin-major au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, et Richaud, chirurgien principal de la marine; au grade de *chevalier :* MM. Baudoin, médecin-major; Accarias, Chabert et Gueneau, médecins aides-majors; MM. Bourgault, chirurgien de 1re classe de la marine; Courant, chirurgien-major des troupes d'artillerie de marine en Cochinchine; Touyon et Turc, chirurgiens aides-majors aux 1er et 3e régiments d'infanterie de marine.

Notre distingué confrère M. le docteur J.-J. Cazenave, de Bordeaux, vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de Charles III d'Espagne.

Un nouveau concours pour deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. Le jury se compose de MM. Broca, Voillemier, Maisonneuve, Demarquay et Briquets, *juges titulaires ;* MM. Richet et Raole, *juges suppléants.* Les candidats sont : MM. Bastien Duchaussoy, Labbé, Legendre, Liégeois, Parmentier, Péan, de Saint-Germain, M. Sée, E. Simon, Rambaud, Tarnier et Tillaux.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-QUATRIÈME VOLUME.

F

G

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-QUATRIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.